

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 34

LE MÉDECIN ET LA LUTTE CONTRE LA "DÉNATALITÉ MORTELLE"

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 2 JUILLET 1947

PAR

HENRI PÉRIÉ

Né à Marcillac (Aveyron), le 18 Mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. AIMES, Professeur, *Président*.
BOUDET, Professeur.
JOYEUX, Agrégé.
COLL DE CARRERA, Agr. libre.

Assesseurs

RODEZ

IMPRIMERIE P. CARRÈRE

1947

LE MÉDECIN
ET LA LUTTE CONTRE LA
DÉNATALITÉ MORTELLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 34

LE MÉDECIN ET LA LUTTE CONTRE LA "DÉNATALITÉ MORTELLE"

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 2 JUILLET 1947

PAR

HENRI PÉRIÉ

Né à Marcillac (Aveyron), le 18 Mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, Professeur, <i>Président</i> . BOUDET, Professeur. JOYEUX. Agrégé. COLL DE CARRERA, Agrégé.	{	Assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

RODEZ

IMPRIMERIE P. CARRÈRE

1947

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires :

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique médicale et toxicologie*
 Physique médicale
 Anatomie pathologique et médecine expérimentale
 Microbiologie
 Histoire naturelle médicale et parasitologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale*
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Technique opératoire et chirurgie expérimentale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Pathologie et propédeutique chirurgicales
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS.
 TURCHINI, assesseur.
 HEDON.
 CRISTOL.
 PECH.
 BAUMEL.
 CARRERE.
 HARANT.
 PAGES.
 JANBON.
 PUECH.
 CARRIEU.
 VIDAL.
 ROUX.
 BOULET.
 MOURGUE-MOLINES.
 L. RIMBAUD.
 GIRAUD, doyen.
 MASSABUAU.
 LAPEYRE.
 CADERAS DE KERLEAU.
 EUZIERE, doyen hon.
 BOUDET.
 MARGAROT.
 ETIENNE.
 TRUC.
 AIMES.
 DEJEAN.
 TERRACOL.

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1^{er} âge
 Clinique de dermato-syphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires*
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale

Charges de cours :

Anatomie MM. LAUX | Radiologie M. LAMARQUE
 Histologie CRANEL

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, CALAVIELLE, VIRES,
 VILLARD, GRYNFELTT, RICHE, JEANBRAU.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.	
Chimie	BENEZECH, ch. f. ag.	Clin. des m. contag.	JANBON, professeur.
Physiologie	LOUBATIERES, agr.	Clin. de la tuberc...	VIDAL, professeur.
Pharmacologie	HARANT, professeur.	Pathologie chir.	TRUC, agrégé.
Pharmacol et thér...	CHAPTAL, agrégé.	— —	LAPEYRIE, agrégé.
Médecine expérim...	BERT, agrégé.	— —	JOYEUX, agrégé.
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, agrégé.	Chirurgie expérim.	COURTY, ch. f. agr.
— —	BERT, agrégé.	Obstétrique	CADERAS
— —	SERRE, agrégé.	Manœuv. obstétric.	DE KERLEAU, prof.
Path. neurologique ..	LAFON, agrégé.	— —	COLL DE CARRERA,
— respiratoire ...	BALMES, agrégé.	— —	agrégé libre.
Propédeutique médic.	P. RIMBAUD, agrégé.	Stomatologie	HOUPERT, d. en méd.

Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Médecine	P. RIMBAUD.	Physiologie	LOUBATIERES.
—	BOUCOMONT.	Chimie	BENEZECH, ch. fonc.
—	BERT.	Chirurgie	LAPEYRIE.
—	SERRE.	—	JOYEUX.
—	CHAPTAL.	—	COURTY, ch. fonc.
—	BALMES.	Urologie	N...
Neuro - psychiatrie..	LAFON.	Obstétrique	N...



A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE SAINT-JOSEPH DE SARLAT.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

A MON JURY DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR AIMES

Professeur de Clinique gynécologique

M. LE PROFESSEUR BOUDET

*Professeur de clinique des maladies des enfants
et hygiène du 1^{er} âge*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOYEUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COLL DE CARRERA

INTRODUCTION

Le 12 juillet 1909, mon Père, le Dr Etienne Périé, soutenait devant la Faculté de Médecine de Toulouse sa thèse de doctorat : « La diminution de la natalité en France ». Il s'attachait d'abord au fait, essayait ensuite d'en surprendre les causes, et enfin indiquait des remèdes.

Depuis, la situation ne s'est pas améliorée, aussi nous a-t-il paru intéressant de reprendre le même thème avec les données nouvelles que constitue une expérience de presque 40 ans, pendant lesquels l'Alliance Nationale pour l'Accroissement de la Population Française, fondée en 1896 par le Dr Jacques Bertillon, devenue l'Alliance Nationale contre la dépopulation, s'est, en particulier, constamment préoccupée du problème.

Ces données nouvelles sont si nombreuses que nous hésitions à aborder le sujet, arrêtés, une fois de plus, par le « tout est dit, et l'on vient trop tard ». Nous avons été retenu sur cette pente de facilité par une idée de continuité, de durée, voyant d'ailleurs dans l'abandon de ce principe une des causes profondes de la décadence de notre pays. Il nous a plu de ne pas couper les ponts de ne pas mettre une barrière entre nous et ce qui fut; cela nous a paru le plus sûr garant de l'avenir.

C'est la raison profonde de ce travail, et ce sera aussi notre meilleure excuse auprès de ceux qui ont traité de ces matières avec une compétence souvent magistrale.

Notre but n'est pas d'apporter des formules nouvelles; peut-être cependant quelques idées personnelles. Nous en avons glané ici ou là de nombreuses, avons essayé de mettre de l'ordre au milieu de documents épars et innombrables; le temps nous a d'ailleurs manqué pour les dépouiller tous.

Nous avons étudié les statistiques, peut être pas avec

la rigueur d'un mathématicien, mais nous nous sommes cependant entouré de garanties suffisantes pour ne pas mériter le reproche d'utiliser les chiffres à des fins partisans.

C'est notre premier chapitre qui comporte une mise au point du problème de la natalité, basée sur les données les plus récentes.

Une fois le fait établi dans sa crudité, il conviendra d'en dégager les causes profondes, non pas toutes, car elles seraient trop étrangères à notre discipline, mais les principales. C'est ainsi que nous nous bornerons à mentionner par exemple les causes purement pécuniaires, les difficultés d'ordre législatif.

Sur ces bases précises, dans notre deuxième partie nous pourrons aborder le rôle du médecin : rôle du médecin dans la création d'un « climat », rôle du médecin en face de l'avortement et des pratiques anti-conceptionnelles.

Que l'on nous permette, au début de ces pages de remercier tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à leur élaboration, par leur documentation, ou leurs avis éclairés et aussi tous ceux qui depuis notre plus tendre enfance ont su nous inculquer des règles de vie dont nous ne voudrions jamais nous départir.

Que ce modeste travail auquel des circonstances familiales ne nous ont pas permis de donner l'ampleur prévue au début, leur soit un gage de fidélité et de reconnaissance.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE FAIT

Faire le point d'études démographiques paraît une tâche complexe, surtout pour un médecin que rien, dans sa culture, n'a préparé à cette synthèse. Nous voulons le tenter cependant, car il est malheureusement trop certain que la presse s'est fait l'écho de données insuffisantes, quand elle a annoncé que l'accroissement réel de la natalité en France nous permettrait de reprendre, sans guère plus d'efforts, notre ancienne place.

Nous savons que le mouvement de la population d'un pays est le fait de divers facteurs : naissances, mariages, décès, émigrations, immigrations. Tout ceci ne peut être connu qu'avec un retard, étant donné le temps nécessaire au dépouillement des bulletins, et à l'établissement des totaux.

C'est ainsi qu'à l'heure actuelle nous ne possédons les chiffres complets que pour l'année 1945, et seulement une évaluation pour 1946.

De ces chiffres bruts, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, va tirer des renseignements. Il établira des comparaisons, construira des tables et des graphiques, essaiera de faire le point de « définir les caractéristiques du moment : direction, vitesse, accélération, courbure, etc.. » (1).

Nous voyons d'ici la complexité de la tâche et les

(1) Sauvy, in Préface des Prévisions conditionnelles pour la population française jusqu'en 2.005.

difficultés à surmonter. Les taux bruts de natalité et de mortalité ne permettent, à eux seuls, que d'avoir une idée générale. Il nous paraît vain, et cela alourdirait d'ailleurs notre exposé, d'entrer dans les détails des différentes méthodes démographiques qui permettent l'étude détaillée d'une population. Il faut connaître, certes, le chiffre global, le nombre des naissances, le nombre des décès; il faut surtout partant de ces chiffres, calculer la densité de la population et ses variations, noter son accroissement ou sa diminution, comparer à chaque moment l'importance relative de la population rurale et de la population urbaine.

Le démographe étudiera en détail le mouvement de la population; il fera même des hypothèses sur l'état des peuples avant l'existence des recensements; il classera les naissances suivant la légitimité et l'illégitimité, l'âge, la situation des parents, le nombre d'enfants nés de cette union; suivant ces caractéristiques sociales il y aura en effet de grosses variations dans la natalité et la mortalité.

Nous nous bornerons à étudier succinctement deux points qui nous paraissent particulièrement suggestifs pour le problème qui nous occupe : la pyramide des âges, et le taux de fécondité.

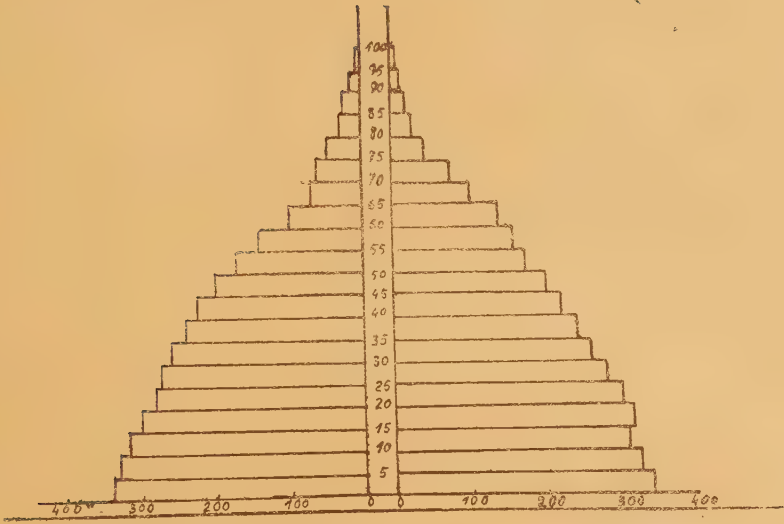
PYRAMIDE DES AGES.

Elle permet d'étudier la composition, au point de vue « âge » d'une population au moment considéré.

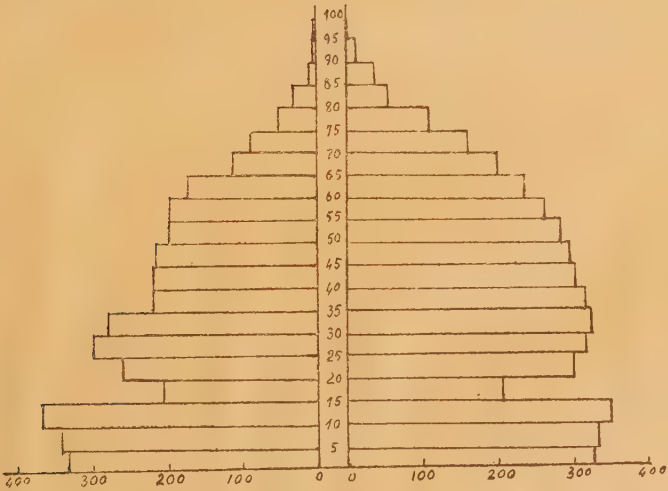
Sur un axe vertical gradué par années d'âge, ou plus simplement de 5 ans en 5 ans, on porte des perpendiculaires en chaque point dont la longueur est proportionnelle au nombre d'habitants de chaque âge, à gauche les hommes, à droite les femmes. Les lignes qui, de chaque côté, réunissent les extrémités de ces perpendiculaires dessinent une pyramide.

On conçoit aisément que sa forme représente la composition par âge de la population étudiée, à base étalée chez les peuples qui ont une natalité forte, en forme d'urne si celle-ci décroît, avec tous les types intermédiaires.

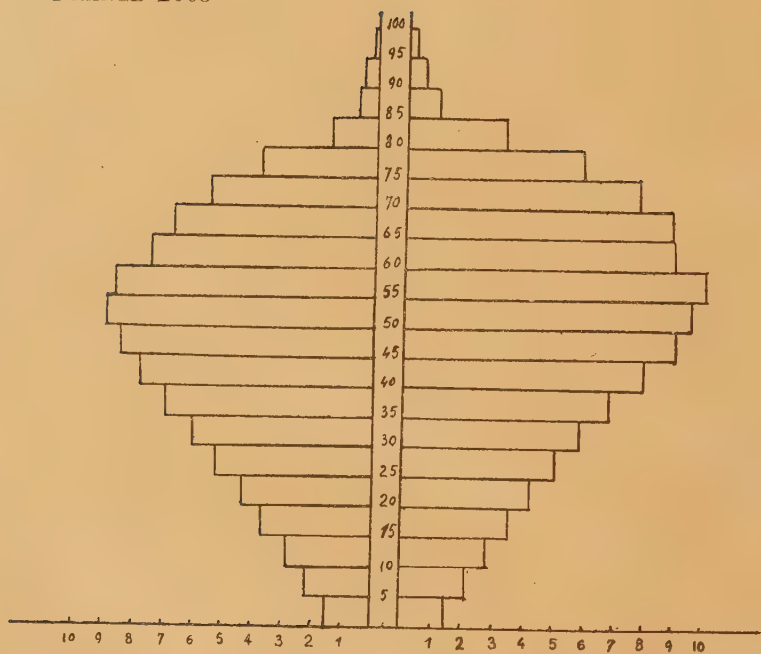
FRANCE 1861



FRANCE 1936



FRANCE 2005



Ces pyramides seront construites par pays, par département, par profession, suivant la population que l'on voudra étudier, les comparaisons que l'on désirera faire.

On pourra mettre en évidence le nombre d'étrangers et ainsi détailler les compensations que l'immigration apporte à un déficit des naissances.

En 1861 (le premier dénombrement général en France remonte à 1801 époque à laquelle l'accroissement annuel pour 10.000 habitants avait déjà diminué de 57 en 1821 à 45) la pyramide à base étalée est encore caractéristique d'un pays à forte natalité, donc, d'un peuple jeune.

En 1936, la base s'est notablement rétrécie : elle est moins large que la portion moyenne. Le nombre des adultes est plus important que celui des jeunes, et celui des vieillards a augmenté aussi. Ceci accuse la diminution de la natalité. La grande encoche notée de 15 à 20 correspond à la baisse de la natalité en 1914-1918; au-dessus, de 35 à 60, du côté hommes se marque l'hécatombe de la même époque.

Nous n'avons pu construire de pyramide qui nous montre les fluctuations au cours de cette guerre-ci, faute de chiffres connus à ce jour.

Cependant d'après certaines évaluations, il y a en France : 1 vieillard (plus de 60 ans) pour 3,4 adultes, alors qu'il y en avait :

	1 pour 4,5 en 1900
	1 pour 5 en 1860
	1 pour 6 à la fin du 18 ^e siècle.
en U. R. S. S. :	1 pour 7,3 en 1939
aux Etats-Unis :	1 pour 5,3 en 1940
en Allemagne :	1 pour 4,5 en 1939
en Belgique :	1 pour 3,9 en 1938

La pyramide de 2.005 établie sur des données théoriques que nous préciserons dans le paragraphe sur la fécondité n'a évidemment qu'une valeur d'hypothèse. Elle a été établie en considérant la mortalité constante

depuis 1933-1938, et la fécondité décroissant de 10 % tous les 5 ans.

Nous voyons que la forme qui s'ébauchait dans notre seconde figure est ici encore plus nettement accusée. Si l'en veut d'ailleurs un chiffre global qui de prime abord paraîtra plus suggestif : en 1946 (évaluation, compte tenu de certains ajustements partiels), la France compte 40.518.000 habitants. En 2005, toujours dans la même hypothèse, nous aurons seulement 19.660.000 habitants. Mais quelle est la valeur de cette hypothèse ?

Il est clair que la mortalité de 1933-1938 pourra être un peu diminuée : le résultat sera tout de même inéluctable, les hommes vieilliront et mourront quelques années plus tard peut être (nous n'entrerons pas dans le calcul d'espérance de vie), mais rien n'en sera modifié.

Le second membre, fécondité décroissante de 10 % tous les 5 ans, nous paraît être le reflet de la réalité, car c'est la baisse actuellement constatée. Ceci nous amène à parler du second point où nous devons nous arrêter : le taux de fécondité.

TAUX DE FÉCONDITÉ.

Plus suggestif que le taux de natalité, simple rapport du nombre annuel de naissances à la population totale, celui-ci est le rapport annuel du chiffre des naissances au nombre de femmes en âge de fécondité.

Nous pourrions étudier en détail le taux de fécondité légitime ou illégitime, le taux suivant les départements, le taux par groupe d'âge ou par profession, etc... Un taux global nous retiendra seul, et nous citerons les chiffres donnés par la statistique du Mouvement de la population en 1938 :

1846-55	101	1906-13	76
1856-65	101	1914-19	47
1866-75	103	1920-25	71
1876-85	99	1926-30	68
1886-95	89	1931-35	65
1896-1905	85	1935-37	61

Depuis 1876 la baisse ne s'est point ralentie; elle s'est accrue au contraire. La remontée et la baisse un peu moins importante constatée après la grande guerre n'a point compensé la chute verticale de 1914-1919.

Mais ici interviennent les chiffres de 1945 et 1946 qui, bien que simples évaluations, méritent cependant d'être considérés de près.

Eu 1940 : 627.000 naissances et 784.000 décès = moins 150.000

En 1945 : 641.324 naissances et 658.488 décès = moins 17.164.

En 1946 : 835.000 naissances et 515.000 décès = plus 320.000.

C'est la première fois, depuis 1935, que nous enregistrons un gain de naissances sur les décès, gain important d'ailleurs.

N'est-ce point là un changement radical qui permet de supprimer toute inquiétude ? Il n'y a plus de politique de natalité à faire puisque le peuple tout entier a compris; il a des enfants; la France est sauvée...

Il n'en est encore malheureusement rien.

Si le chiffre absolu des naissances a augmenté dans des proportions aussi considérables, il s'agit, d'abord, d'un phénomène analogue à celui de 1920; que l'on veuille bien remarquer en effet que si le chiffre des naissances a augmenté de près de 200.000, celui des mariages est aussi passé de 205.000 en 1944 à 385.000 en 1945 et 515.000 en 1946, accroissement presque plus notable que celui des naissances même. Cette augmentation des mariages et, par suite, des naissances, est liée au retour de la plupart des absents, à l'arrivée à l'âge de fécondité des classes nombreuses de 1920 et suivantes.

Il s'agit donc d'un phénomène passager qui s'arrêtera avec l'arrivée à l'âge de fécondité des classes moins nombreuses : la remontée réelle de la fécondité (1), due sans doute en partie aux efforts qui ont été faits sur le

(1) Le calcul du taux actuel de fécondité ne sera possible que dans quelques temps, quand les données nécessaires seront toutes connues.

plan économique ou social, n'est point encore suffisant, loin de là. Souvenons-nous que la guerre de 1939-1945 nous a coûté près de 1.500.000 vies. Il nous paraît donc légitime de rappeler la phrase, devenue classique, de Prévost Paradol, dans « la France Nouvelle », parue en 1868 :

« Si notre population obstinément attachée au sol
« natal continue tantôt à s'y accroître avec une certaine
« lenteur, tantôt même à rester stationnaire, ou à
« décroître, nous pèserons, toute proportion gardée,
« dans le monde anglo-saxon autant qu'Athènes pesait
« jadis dans le monde romain... ».

Dans le monde anglo-saxon où le mouvement de la population est différent de celui de la France.

« Natalité et fécondité diminuent également dans
« tous les pays à civilisation européenne. Si la baisse y
« a commencé plus tardivement qu'en France, elle y a
« été beaucoup plus rapide, surtout depuis la guerre
« 1914-18 et jusque vers 1930. Mais depuis la natalité
« a plus fortement diminué en France que dans les
« autres pays. »

« Au début du xx^e siècle, la France avait la natalité
« et la fécondité les plus basses et se classait, de ce
« fait, assez loin au-dessous des autres nations. Il n'en
« est plus de même actuellement. Si la natalité générale
« est la plus faible en France, plusieurs Etats européens
« ont maintenant une fécondité effective générale infé-
« rieure ou égale à celle de notre pays : Suisse, Angle-
« terre, Suède. »

« Cette chute brusque de la fécondité à l'étranger,
« surtout depuis 1913, a rendu relativement moins
« mauvaise la situation de la France, comparée à celle
« d'autres pays européens. Cette situation est, toutefois,
« nettement défavorable, la fécondité effective légitime
« étant insuffisante pour assurer le renouvellement
« régulier des générations » (1).

(1) Huber, Bunle, Boverat, *La Population de la France*, p. 139-140.

Données un peu anciennes peut être, mais c'est nous qui avons le plus accentué la descente : rien ne nous fait encore espérer de la remonter.

Jetant les yeux un peu plus loin, il nous paraît utile de signaler qu'au Japon le taux de fécondité vers 1937 était de 132,7.

Quelle situation, du point de vue concret et précis, faudrait-il que nous ayons ?

« M. Burgdcefer a montré la vitesse avec laquelle
« se réduisait un groupe humain pratiquant le système
« de la famille de 2 enfants :

« Un effectif initial de 1.000 personnes serait rem-
« placé :

« 30 ans après, par 621 personnes ;

« 60 ans après, par 386 personnes ;

« 90 ans après, par 240 personnes,

« c'est-à-dire qu'en moins d'un siècle, la population
« initiale serait réduite de $\frac{3}{4}$. (1). »

Or, en France, sur 1.000 familles

en 1891, 650 avaient deux enfants ou moins ;

en 1901, 657 avaient deux enfants au moins ;

en 1911, 672 avaient deux enfants ou moins ;

en 1926, 715 avaient deux enfants ou moins,

En 1936, il y avait en France 8.869,577 familles de 2 enfants ou moins.

Et cela tandis que le nombre des familles plus nombreuses diminuaient le plus. Seule l'immigration a permis à notre population de rester stationnaire.

Ce n'est pas en augmentant l'immigration, ce n'est pas en retardant l'âge de la mortalité, même en diminuant d'une manière considérable la mortalité infantile, que s'opèrera le renversement total.

Aujourd'hui, le problème mérite toujours qu'on s'y attache ; ce devrait même être le point central des préoccupations de tous, car il n'y a de richesse que le capital

(1) Huber, Bunle, Boverat, *op. cit.*

humain. Le médecin, en particulier, doit y consacrer toute son attention : il est de ceux dont l'influence peut être le plus efficace ; il n'a pas le droit, même par son silence, de permettre certaines lâchetés, de paraître approuver ce qu'il doit condamner. Nous devons regarder franchement l'avenir en face, et je pense que personne ne nous accusera de sortir de notre rôle ou de partir en guerre contre des moulins à vents.

CHAPITRE II

LES CAUSES

« Autrefois, les enfants venaient sans qu'on y pense ; « on y pensait trop peu. — Aujourd'hui on y pense « tellement qu'on finit par hésiter à les laisser venir », disait l'Abbé J. Leclercq à la séance inaugurale du Congrès de la Natalité de Bruxelles, en 1931.

La raison de la dénatalité réside en France aussi dans le « refus de l'enfant » qui se traduit par l'emploi de pratiques anti-conceptionnelles et, si elles échouent, par l'avortement.

La peur de l'enfant procède de diverses causes, que nous allons essayer d'analyser.

Causes économiques. Celles-ci, le plus souvent ne sont pas absolument déterminantes : elles constituent plutôt l'excuse avouable. Elles peuvent être retenues, toutefois, pour la famille ouvrière ou de petite bourgeoisie qui a 2 ou 3 enfants à charge ; un plus grand nombre romprait l'équilibre budgétaire.

A l'heure actuelle, cependant, la législation familiale, avec ses différentes primes, ses exonérations diverses, ses allocations, est utilement intervenue.

Etudier les mesures déjà prises, celles qui restent à prendre, ou les modifications à apporter, serait œuvre de législateur. Que l'on nous permette cependant de mentionner l'affirmation de ce paysan rouergat, assertion grossière dans sa forme peut être mais qui émanait d'un esprit réaliste : « ma femme me rapporte plus

qu'une truie »... Elle est la justification de l'efficacité des diverses mesures matérielles, prises.

Et pourtant, la dénatalité persiste, car il en est des causes plus profondes :

Causes d'ordre moral, surtout perte du sens de la famille.

Il nous paraît vain d'affirmer que la famille est la cellule essentielle de la Société, la cellule de base. « Famille » évoque ce qui est indispensable à sa fécondité, une idée de continuité, de durée. De combien de débats, cependant cette notion a-t-elle été l'objet ? Dans le monde moderne elle a subi de nombreuses attaques, et nous avons vu passer dans les mœurs l'union libre de plus en plus fréquente dans certains milieux ; le divorce (la facilité du divorce malgré les restrictions que lui impose la loi du 2 avril 1941, empêche bien souvent la stabilité de la famille). Comment mettre au monde des enfants qui seront un des principaux obstacles à la séparation, qui, de toute façon, seront une charge pour le conjoint isolé ?

La nécessité des familles nombreuses est d'autant plus grande qu'il y a un plus grand nombre de familles avec 2 enfants ou moins. Elles sont d'ailleurs les plus utiles au point de vue national en particulier par la formation supérieure qu'elles assurent à leurs membres.

La doctrine des économistes du XVIII^e siècle est absolument opposée à cette idée, qui nous paraît être une vérité de bon sens ; Stuart Mill écrit par exemple en 1848 dans ses principes d'économie politique : « On ne peut guère espérer que la moralité fasse des progrès tant qu'on ne considèrera pas les familles nombreuses avec le même mépris que l'ivresse ou tout autre excès corporel ; mais aussi longtemps que l'aristocratie et le clergé seront les premiers à donner l'exemple de l'incontinence, que peut-on attendre des pauvres ? » (1).

Et tandis que s'écroule cette idée familiale, « dans

(1) Cité par Landry, *Traité de Démographie*, p. 568.

la génération d'après-guerre, l'amour apparaît comme
« un rut formidable et quasi universel qui jette
« les humains dans les bras l'un de l'autre, et les
« progrès de la décadence qui s'amorce déjà dans la
« Russie soviétique aboutiront sans doute un jour à un
« socialisme sexuel. Ce jour là le rêve de Lénine sera
« dépassé, la femme sera décrétée bien commun ». (1)

Il restait un obstacle : les enfants, et c'est Léon Blum qui nous répond :

« Sans doute, on a des enfants quand on en veut,
« mais en a-t-on quand on préfère n'en pas avoir ou
« quand il serait dangereux qu'on en eut... Des enfants,
« on n'en aura pas... dès que nous en avons le pouvoir,
« nous avons le droit de transformer la procréation en
« un acte réfléchi et volontaire, et il est prodigieux que
« des créatures pensantes aient pu, pendant tant de
« siècles lier à l'accomplissement de l'instinct l'acte le
« plus grave qu'il leur soit donné d'accomplir... Il n'est
« ni plus difficile, ni plus choquant d'apprendre à ne
« pas avoir d'enfants que d'apprendre à les faire ». (2)

En étudiant la position et le rôle du médecin, nous verrons les conséquences pathologiques des pratiques anti-conceptionnelles chez la femme. Il nous a semblé que ces lignes d'un ancien Président du Conseil représentaient bien un état d'esprit devenu actuel. On se rappelle certainement le thème général de cet ouvrage, paru peu après 1900, réédité en 1937 et qui vient d'être réimprimé en 1947 : L'homme et la femme ne deviennent aptes à l'état de mariage, qui implique une idée de stabilité, qu'à un certain âge, variable d'ailleurs suivant les cas, mais enfin il paraît dangereux et inhumain d'imposer à la jeune fille une continence que l'on ne demande plus au jeune homme. Pour tous deux, le mariage doit être précédé d'une phase de « liaison polygamique » et cela évoque bien pour nous le rut formidable dont parle Léon Binet.

(1) Binet, *L'amour et l'émotion chez la femme*, p. 106.

(2) Léon Blum, *Du mariage*, p. 315 et sq.

Cet ouvrage a eu son heure de célébrité et certainement son influence sur les mœurs. Léon Blum ne craint pas d'ailleurs de proclamer que « c'est aux jeunes filles et non à des éducateurs timides ou à des législateurs inattentifs qu'il se fie pour faire aboutir la réforme qu'il propose ».

Ajoutons à cela une littérature beaucoup plus proche de la masse, tous les petits romans qui sont encore à 12 francs dans les gares, les magazines de cinéma ou les journaux qui proclament le nouveau divorce ou le remariage de telle star d'Hollywood; les illustrés à l'usage de tout jeunes enfants qui racontent les aventures de je ne sais quel chevalier (?) moderne et montrent à l'imagination malade de gamins le portrait d'un certain Tom X emportant demi-nue dans ses bras, comme dans les journaux de grandes personnes, je ne sais quelle amante pamée dont les formes elles-mêmes trahissent l'impudeur.

Et l'on sait la diffusion de toute cette presse dans les écoles primaires, les lycées ou collèges...

Nous eûmes, il y a quelques jours dans un autobus la stupeur d'entendre des garçons et filles tous jeunes « potaches » de 12 à 13 ans parler de boîte à pharmacie et de speculum d'un air très entendu. La bousculade inhérente à ce moyen de transport ne nous permit pas de suivre davantage leur conversation et de les interroger.

Que dire du cinéma dont l'influence néfaste n'est plus à prouver ? Il n'est que d'écouter les propos de la foule qui se presse à ses guichets; on connaît bien l'attrait des salles « interdites au moins de 16 ans ». On sait la réclame des films à succès. Il n'y a qu'une politique pour certains films : les interdire; il en est de même pour telle réclame parfois plus nocive que le film par les sous-entendus qu'elle permet. Les images seront beaucoup moins osées, mais il fallait bien attirer la clientèle!

Dans un accès de pudeur le législateur a voulu fermer les maisons de tolérance. Mais il nous paraît

s'être attaqué beaucoup plus à une conséquence qu'au mal réel. Nous ne croyons certes pas que la suppression de telles maisons entraîne pour les jeunes filles un danger permanent d'attentat, mais nous y voyons une évolution suivant la formule que préconise Léon Blum qui s'étonne « qu'on défende aux jeunes filles l'entrée de la vie sexuelle, et aux prostituées d'en sortir » (1). La deuxième partie du programme est réalisée. Il n'y a plus qu'un pas et il est déjà en partie accompli pour que la première passe aussi dans les mœurs.

Voilà que pendant plusieurs pages nous paraissions sortir du cadre de notre exposé et avons évoqué à bâtons rompus différents faits ou textes qui tendent à prouver qu'il s'agit en réalité d'un problème moral. Nous verrons qu'il ne doit pas être étranger au médecin, comme d'aucuns le prétendent.

Si beaucoup refusent l'enfant, c'est que cela est passé dans les mœurs; on a extirpé de la conscience populaire le seul frein à la licence qui compte, je veux parler de la Religion.

Les pratiques anti-conceptionnelles étaient en effet connues dès la plus haute antiquité. Il en est fait mention dans la Genèse : Onan pratique le coït interrompu pour éviter de susciter une descendance à son frère défunt. Le Papyrus de Petri et Kahan de la 12^e dynastie (1850 avant J.-C.), Aristote, Hippocrate, mentionnent la contraception. Villon parle « des petits bains de filles amoureuses » et précise « qui ne m'entend n'a suivi les bordeaux » (2).

Des méthodes plus ou moins perfectionnées étaient donc connues. Elles n'étaient pas employées d'une manière générale, et ne le furent qu'aux époques de décadence des divers peuples. Nous croyons que là est vraiment le mal. Il s'agit d'une « stérilité morale presque aussi incurable que l'infécondité physiologique » (3).

La stérilité physiologique existe bien, certes, mais

(1) *Op. cit.*, p. 300.

(2) Cité par Landry, *op. cit.*, p. 588.

(3) Gustave Thibon, *Retour au réel*, p. 83.

n'est-elle pas le plus souvent la conséquence indirecte de cette stérilité morale au sens le plus général que l'on pourrait donner à ce terme; elle n'est, en tous cas, qu'occasionnelle. La combattre peut être un remède, un des nombreux remèdes qu'il faut employer pour lutter contre la dénatalité. Il n'est pas le plus efficace.

Corrado Gini pense que cette baisse de la fécondité est un signe de la décadence des peuples. Nous pensons qu'il s'agit là d'une vue de l'esprit : il y a une baisse de la fécondité des peuples, mais elle n'est pas physiologique, elle est morale.

Nous n'avons pas jusqu'ici mentionné les fléaux sociaux que l'on cite en général comme facteurs de la dénatalité : alcoolisme, tuberculose, maladies vénériennes. Ils interviennent beaucoup plus sur la qualité de celle-ci que sur son nombre même. Souvent ils n'entrent en ligne de compte que secondairement. « La suppression de l'alcoolisme ne relèverait pas la natalité française, puisque toutes les familles nombreuses ont à leur tête un alcoolique », écrivait Jacques Bertillon en 1907; mais si l'alcoolique peut être chef de famille nombreuse, son fils le sera rarement. L'alcoolisme est une raison le plus souvent de divorce et en tout cas d'instabilité de la famille.

La tuberculose est une grande cause de mortalité chez les jeunes. Qu'il nous suffise de rappeler que par ses diverses formes elle tue en moyenne 65.000 français par an.

Une courbe établie par âges et par causes montre que chez la femme la courbe de la tuberculose croît de 5 à 20 ans, et décroît ensuite. Chez les hommes ce maximum n'est atteint qu'à 45 ans, mais la variation est peu importante entre 35 et 55 ans. On comprend l'action importante sur la natalité de la lutte contre la tuberculose, qui supprime des pro-créateurs en pleine période d'activité génitale.

En ce qui concerne les maladies vénériennes, il nous faut d'abord rappeler, malgré la crainte que nous avons de passer pour être plus moraliste que médecin, que la

principale cause de leur propagation en est l'immoralité. Seule une forte discipline morale peut et doit régler les rapports sexuels. Chacun se rappelle le slogan de Fournier « La syphilis, grande avorteuse ». Chacun sait aussi la fréquence de l'obturation tubaire consécutive à une blennorrhagie parmi les causes de stérilité féminine.

La question de la natalité est avant tout liée à une question de climat. « Il faut avouer que pour donner des enfants à la patrie on ne devrait passer ni pour un sot, ni pour un saint, ni pour un ivrogne, ni pour un héros » (1). Qu'il nous soit permis de conclure avec Bergson : « Les hommes se sont trouvés incapables de dominer, de diriger, d'assimiler tant d'éléments culturels modernes, trop d'individus n'en ont guère retenu que leur émancipation ».

(1) Dr Monsaingeon, Conférence inédite.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE MÉDECIN ET LE CLIMAT

Le fait de la dénatalité française ne fait donc de doute pour personne; il constitue un danger pour l'avenir de la nation; nous l'avons mentionné, chemin faisant. Les causes en sont certes économiques; elles sont surtout d'ordre moral.

Ces causes économiques, il appartient au législateur qui, depuis la promulgation du code de la famille (décret-loi du 29 Septembre 1939) l'a entrepris, de les supprimer peu à peu.

Vaincre les causes morales demande la participation de tous pour créer d'abord un climat favorable à la natalité.

« L'idée de beauté varie. Vous la mettez dans la
« stérilité de la femme aux formes longues et grêles;
« pendant toute la Renaissance elle a été dans la femme
« saine et forte, aux larges hanches, aux seins puissants. Chez Rubens, chez Titien, même chez Raphaël,
« la femme est robuste : Marie est vraiment mère. Et
« remarquez qu'il s'agirait justement de changer cette
« idée de la beauté pour que la famille restreinte en
« honneur aujourd'hui fasse place à la famille nombreuse qui deviendrait la seule belle...

« Selon moi, l'unique remède décisif est là, au mal
« grandissant de la dépopulation... comment donc per-

« suader à nos Parisiennes, à toutes nos Françaises que
« la beauté de la femme est d'être mère avec un enfant
« sur les genoux ? Le jour où cette mode prendrait
« comme celle de la coiffure en bandeaux ou celle des
« jupes étroites, nous serions la nation reine, maîtresse
« du monde ». Voilà les propres termes de Zola dans
son roman : *Fécondité*.

Dans cette œuvre, plus qu'aucun autre, le médecin pourra avoir une influence : de par son exemple, d'abord ; de par sa parole aussi, car, surtout dans le monde rural qui forme encore près de la moitié du pays, il est toujours l'oracle écouté, peut être plus que le prêtre dont certains peuvent railler le célibat et la pureté de mœurs. Nous pensons qu'en cette matière le rôle du médecin sera capital.

Son influence pourra s'exercer dans de nombreux cas particuliers.

Appelé, de par la loi, à délivrer un certificat prénuptial, il ne devrait pas y voir une simple formalité : ce doit être pour lui l'occasion de prendre plus longuement contact avec un client. Pourquoi, souvent, n'aborderait-il pas avec celui-ci, seul à seul, le problème des relations sexuelles ? Peu de gens sont avertis, et, ce qui est beaucoup plus grave, beaucoup croient être très au fait. Le praticien aurait là un rôle tout de doigté et de tact mais d'une grande portée morale, et certainement démographique.

Grâce à lui, nous ne devrions plus voir ces jeunes couples qui ont voulu simplement quelques temps s'amuser, jouir de leur vie, et qui auront un âge mûr stérile et sans doute orageux ; pas de grands discours philosophico-religieux : paraître simplement leur ami plus éclairé, qui peut guider, et à qui la rectitude de sa vie autorise les conseils.

Nous savons bien que tel ou tel confrère, à la science peut être plus abondante, mais aussi au portefeuille plus vite ouvert, s'il a la clientèle, ne connaît pas cependant l'estime de celle-ci. Il s'agit sans doute d'un de ces forbans de la médecine qui ont fait un commerce de leur art.

Si nous nous refusons aujourd'hui à suivre la pente où nous entraîne la création de la Sécurité Sociale, c'est qu'en définitive nous ne voulons pas devenir des distributeurs d'ordonnances; nous avons devant nous des hommes, nos semblables, dont le corps, dont l'âme doivent être gardés en santé autant qu'il est en notre pouvoir : les visites en série d'un quelconque dépistage ne nous permettent pas cette médecine humaine avant tout qui doit s'adresser à tout l'homme et non uniquement à son corps.

Vis-à-vis du malade, nous aurons la même attitude.

Malade, ne l'est-elle pas au plus haut point cette fille qui vient nous demander si elle est enceinte, espérant contre toute évidence que, peut-être, ce n'est pas cela, croyant aussi à je ne sais quel pouvoir magique qui fera de nous son sauveur, ou plus simplement espérant que nous tomberons dans le piège et la délivrerons par une curette homicide? Le médecin qui, comme le prêtre, est seul à présider à toutes les étapes de la vie de l'individu, le médecin qui, comme et avec le prêtre, est là au jour de la naissance et au jour de la mort, n'a pas le droit de se borner à sa consultation, sa visite, son ordonnance. Il est l'ami de tous, il ne peut se désintéresser de la vie de ses clients.

Dans le cadre de la lutte contre la dénatalité nous verrons donc quel doit être son rôle à certains points de vue plus spéciaux : le médecin et l'avortement, le médecin et les pratiques anti-conceptionnelles, le médecin et la stérilité.

CHAPITRE II

LE MÉDECIN ET L'AVORTEMENT

Le chiffre habituellement donné comme celui des avortements criminels en France, est de 500.000 : Mondor pense qu'il y en avait, aux environs de 1930, sans doute plus d'un million, et voici ce qu'il dit au sujet de leur gravité :

« Nous n'avons envisagé que les complications
« suraiguë, laissant même de côté certains accidents non
« bénins par exemple les rétentions placentaires pro-
« longées, les endométrites aiguës, les salpingites sup-
« purées, les pelvipéritonites abcédées ou non, les phleg-
« mons de la gaine hypogastrique (beaucoup plus fré-
« quents après l'avortement que les phlegmons dits du
« ligament large et si facilement confondus par certains
« auteurs), les cellulites pelviennes aiguës, les phlébi-
« tes, des complications plus graves encore (hémorra-
« gies externes, pyélo néphrites aiguës, ophtalmies supu-
« rées, otites aiguës, pleurésies purulentes, abcès sous-
« phréniques, péri-cardites purulentes, parotidites gan-
« gréneuses, néphrites prolongées, etc., etc...)

« A plus forte raison, nous n'avons rien dit des
« séquelles qui, à en croire les statistiques submergean-
« tes des Russes, feraient malades pour toujours, dans
« 10 % des cas, les femmes ayant eu un avortement
« provoqué.

« Même en effet dans les pays où l'avortement est
« officiellement autorisé et où l'avortoir les accueillant,
« les malades sont en meilleures mains que celles vouées
« aux avortements clandestins, les complications éloi-
« gnées sont à ce point fréquentes et graves, qu'en Rus-

« sie en particulier, les gynécologues ont fait entendre
« des cris d'alarme et proclamé les risques nombreux
« de métrites chroniques, metrorragies salpingo-ovarites
« subaiguës et chroniques, ovarites sclérokystiques,
« pelvi-peritonites scléreuses résiduelles, attitudes
« vicieuses et adhérences douloureuses de l'utérus, dys-
« mmenorrhée, ammenorrhée, frigidité, stérilité, etc., etc...
« C'est par la fréquence de la grossesse extra-utérine
« chez celles qui ont été soignées pour avortement, que
« les chirurgiens et accoucheurs russes ont été plus
« particulièrement frappés. L'un d'eux, pour mieux
« convaincre ouvre ses registres d'opération où l'on
« voit que dans la ville où en 3 ans il n'avait connu que
« 8 à 10 grossesses extra-utérines, il en avait, depuis la
« multiplication forcenée des avortements et dans le
« même laps de temps, opéré 200 cas » (1).

Le lecteur nous pardonnera cette très longue citation mais nous ne pouvions mieux dire et toutes nos dissertations ne vaudraient pas cette page. Qu'il nous permette, faisant encore appel à Mondor, de citer une phrase : « Je tiens à redemander à ceux que tant de pages sur cette question rebutteraient, qu'ils veuillent bien se rappeler que 10 à 12.000 morts par an sont des morts par avortements provoqués. »

A la suite de nombreux rapports faits au Congrès Pan-Ukrainien des accoucheurs et gynécologues tenu à Kiew du 23 au 28 mai 1937, le Commissaire du Peuple Jefimow conclut : « tout en considérant l'avortement comme un moindre mal, il constitue pour l'organisme féminin un traumatisme biologique et psycho-sexuel si évident qu'on peut s'épargner d'en donner la preuve ».

Nous ne pouvons passer sous silence la véritable expérience faite par le gouvernement des Républiques Socialistes Soviétiques : après divers tâtonnements, l'avortement acquiert droit de cité par un décret de 1924; il y a bien des commissions devant l'autoriser, mais les indications en sont si larges que l'autorisation est prati-

(1) H. Mondor, *Des avortements mortels*, p. 8 et sq.

quement toujours accordée. Il arrive vite à une telle fréquence que cela inquiète les pouvoirs publics. Le 26 mai 1936, le voilà à nouveau interdit. Une pyramide des âges construite en 1940 par l'office des recherches démographiques de l'université de Princeton (Etats-Unis) pour la S. D. N. nous montre, en 1935-1939 un accroissement de la natalité de $2/5^e$ sur la période de 1930-35. Depuis, l'avortement n'a jamais été autorisé à nouveau en Russie.

Reste un point de vue moral. — Mme Madeleine Pelletier affirme « C'est la naissance qui doit être le cri-
« térium de l'individualité; tous ceux qui sont nés ont
« droit à la protection sociale; ceux qui ne sont pas nés
« n'existant pas, la loi n'a pas à s'en occuper; la femme
« enceinte n'est pas 2 personnes, elle n'en est qu'une,
« elle a droit de se faire couper les cheveux, de se faire
« maigrir ou engraisser, etc... »

C'est le Dr Roy, professeur à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, Chef du service de la maternité, qui nous cite ces phrases dans sa thèse de doctorat en droit « L'avortement, fléau national », ouvrage très complet auquel, nous ferons les plus larges emprunts. Il s'élève contre cette affirmation dont « l'auteur, qui est médecin, sait la fausseté » (1).

L'avortement ne peut être considéré que comme un assassinat. Je sais certes ce que d'aucuns disent : Qui est responsable de la naissance? — Un homme et une femme. Qui paiera? — La femme. Trouvez-vous cela juste? — Non, à coup sûr; rien ne nous incite à excuser cette attitude. Mais étrange morale que celle qui permet l'assassinat de ce petit être qui ne demandait même pas à vivre, sous le fallacieux prétexte de ne pas punir la mère.

Il semble qu'il ne peut y avoir de justification, pas même de circonstances atténuantes à ce crime humainement plus odieux que l'assassinat de gens ayant déjà couru une grande partie de la carrière. On se rappelle

(1) Rey, *L'avortement, fléau national*, p. 102.

e pendant la fréquence avec laquelle les jurys d'assises acquittaient celles qui s'en rendaient coupables.

D'autres femmes, comme Mme Madeleine Pelletier prétendent qu'elles ont le droit de disposer de leur corps.

Voilà qui nous paraît être une affirmation absolument gratuite, et nous ne croyons pas, d'autre part que la pratique des mutilations volontaires soit encore passée dans les mœurs en France! Nous ne connaissons guère de tels excès que chez certains fanatiques de l'Inde.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas disposer de son corps que de tuer son enfant.

La position de l'église Catholique Romaine qui même pour de non catholiques est souvent prise comme principe de base, est ici absolument nette : L'avortement est toujours un crime, même l'avortement thérapeutique.

« Que la mort soit donnée à la mère, ou qu'elle soit
« donnée à l'enfant on va contre le précepte de Dieu,
« et contre la voix de la nature: tu ne tueras pas. La vie
« de l'un et de l'autre est chose pareillement sacrée:
« personne, pas même les pouvoirs publics, ne pourra
« jamais avoir le droit d'y attenter. C'est sans l'ombre
« de raison que l'on fera dériver ce droit du jus gladii,
« qui ne vaut que contre les coupables. Il est absolu-
« ment vain, aussi, d'alléguer le droit de se défendre
« jusqu'au sang contre un injuste agresseur, car qui
« pourrait donner ce nom d'injuste agresseur à un en-
« fant innocent?

« Il n'y a pas non plus ici ce qu'on appelle « le droit
« de nécessité extrême » qui puisse arriver jusqu'au
« meurtre direct de l'innocent.

« Pour protéger par conséquent et sauvegarder cha-
« cune des deux vies, celle de la mère et celle de l'en-
« fant, les médecins probes et habiles font de louables
« efforts.

« Par contre, ils se montreraient fort indignes de leur
« noble profession médicale ceux qui, sous l'apparence
« de remèdes, ou poussés par une fausse compassion, se
« livreraient à une intervention meurtrière ». Ces lignes

de l'encyclique « Casti Connubii » nous paraissent faire d'une manière nette le point de la question, en particulier pour ce qui concerne l'avortement thérapeutique.

Médicalement, celui-ci n'est d'ailleurs plus conseillé à l'heure actuelle que dans un nombre très restreint de cas : tuberculose grave commençant avec la grossesse, vomissements incoercibles alors que toute autre thérapeutique s'est avérée inefficace, ce qui est exceptionnel; certaines cardio-pathies ou albuminuries particulièrement sévères. Un médecin catholique ne pourra ni le pratiquer, ni le conseiller.

La plupart des gynécologues adoptent un point de vue analogue. Le Professeur Couvelaire a pu dire que « l'extension des indications dont la nécessité ne lui apparaît pas démontrée n'est qu'un cas particulier « d'une tendance de beaucoup de médecins à surestimer les risques d'aggravation que la gestation est susceptible de faire courir aux femmes atteintes des affections les plus variées : cardio-pathies, néphrites chroniques, etc... ».

Pinard n'a trouvé que 20 indications sur 22.700 grossesses.

Demelin et Devraigne, Siredey, Bar, en ce qui concerne les vomissements incoercibles, Léon Bernard et Rist en ce qui concerne la tuberculose, pour ne citer que quelques auteurs, sont tous d'accord sur l'extrême rareté, voire l'inexistence des indications invoquées qui ne sont en définitive qu'une porte ouverte à la liberté de l'avortement.

Nous évoquerons enfin la position de M. le Professeur Louis Lecomte, de l'Université de Fribourg, qui concluait son discours rectoral du 20 novembre 1943 sur l'interruption thérapeutique de la grossesse en disant « je termine en exprimant le vœu qu'en apportant à la discussion de part et d'autre une bonne volonté, comme c'est le cas chez nous, actuellement et en application des progrès thérapeutiques, les indications médicales de l'interruption thérapeutique de la grossesse deviennent moins nombreuses et surtout moins

« impérieuses, et que peu à peu la conduite des médecins continue à se rapprocher dans ce domaine d'une doctrine qui sera la même que celle enseignée par « l'Eglise catholique ».

Cette position paraît dure à certains. Elle est au contraire pleine de compréhension du point de vue social même qui nous occupe ici. C'est une morale de principes et il importe de les sauvegarder pour éviter l'arrivée de nombreux abus.

Oui, mais dans le point précis du refus de l'avortement thérapeutique, dira-t-on, elle condamne deux innocents à mort.

Indépendamment qu'il n'ait rien de moins sûr, ce n'est que par ces deux condamnations que peuvent être évitées celles beaucoup plus nombreuses qui auraient suivi.

Une fois d'accord sur l'attitude de base, il conviendrait d'étudier quelle devra être la réaction et la réponse du médecin dans les cas concrets qui se présenteront à lui.

Fréquemment, il aura à intervenir dans un avortement dit spontané, la fausse couche devenue banale dans tous les milieux. Nous pensons qu'il ne saurait être trop prudent en la matière. Toute femme qui perd au début d'une grossesse n'est pas forcément en cours d'avortement : il peut s'agir d'une métrite : il ne conviendra pas d'intervenir chaque fois ni systématiquement. Nous ne saurions trop répéter d'attendre, attendre qu'au milieu de gros caillots, des débris de l'œuf apparaissent, attendre en somme que l'avortement se fasse sous nos yeux.

Si la femme prétend qu'il a déjà eu lieu, à elle de le démontrer, et d'en donner des signes irrécusables ; si non une surveillance s'impose, véritable expectative armée, en milieu chirurgical et non à la maison, pour déceler les signes d'une infection au début.

Telle doit être nous semble-t-il, l'attitude guidée par la prudence. En présence de toute femme enceinte qui perd, il convient de ne croire personne : quand il s'agit

de grossesse tout le monde ment, même la jeune fille à l'apparence la plus ingénue.

Que de fois notre maître, le Professeur Aimes avec l'humour et l'entrain qu'il met en toutes choses, raconte des histoires à l'appui de cette assertion aux stagiaires de 4^{me} année. Toutes les ruses sont bonnes pour essayer de faire trébucher le jeune médecin; ce faux-pas une fois commis, il sera souvent suivi de bien d'autres; c'était si facile, pourquoi ne pas continuer une besogne aussi lucrative par surcroît !

En ce qui concerne l'avortement vraiment spontané, celui-ci sera évité grâce à des conseils judicieux, dispensés au moment opportun. La législation sociale actuelle entraîne pour toute femme enceinte une visite dès le début d'une grossesse; des conseils de prudence seront pour elle indispensables et ce n'est pas encore dans une visite rapide de contrôle qu'ils pourront être donnés; ils s'avèrent d'autant plus nécessaires que la vie moderne permet des déplacements plus fréquents, oblige la femme à un travail pénible. Une première grossesse est presque toujours si fragile au début : elle a droit à toute notre sollicitude.

Devant la femme qui vient demander au médecin si elle est enceinte, se pose pour lui un véritable cas de conscience.

Si celui-ci a acquis la certitude de cette grossesse, il a en effet constaté aussi ou deviné au cours de son interrogatoire, la situation irrégulière de la fille, le trouble qu'apportera dans le ménage ce nouvel enfant : diagnostic tout aussi important que celui de la grossesse même, fait d'impressions peut être, mais qui suffisent à établir la conviction.

En cette matière, il importe avant tout de gagner du temps. On sait en effet l'éveil du sentiment maternel au moment où la femme sent remuer le fœtus. Jusque là elle ne croyait pas à un être distinct d'elle-même, et voici qu'elle le sent. Et puis les camarades bienveillantes se sont aperçues de sa grossesse, elle hésitera davantage à la supprimer quoi qu'on en dise. Nous avons souvenir

d'avoir accouché une jeune femme qui prétendait avoir réussi à celer à tous sa grossesse : elle s'était rendue au travail quelques heures encore avant le début des douleurs. Malgré le corset qui la serrait, il était impossible à un œil averti de ne pas remarquer l'alourdissement de sa ligne, et quoi de plus averti que les regards indiscrets de compagnes d'ateliers ? Tout se passa le mieux du monde ; elle épousait le père de l'enfant une quinzaine de jours après l'accouchement.

Malheureusement, il en est ainsi trop rarement. Mais en fin de comptes, pour toute femme enceinte, n'y a-t-il pas ce havre de salut qu'est la maison des mères ?

— Le Colonel Hiriart, un des pionniers de la lutte contre l'avortement, nous a raconté à nous-même une histoire qu'il a coutume d'évoquer : Il s'agit d'une Parisienne de vingt ans, isolée, sans famille, inculpée d'avortement et voici ce qu'elle avoue au Colonel : « Si je suis allée voir le médecin, ce n'est pas pour apprendre ce que je supposais déjà, mais parce qu'à ce moment-là, j'avais besoin d'un conseil, d'un appui. J'étais tellement triste et je me sentais si seule. Le Docteur m'a examinée m'a dit ce que vous devinez, j'ai versé des larmes, j'aurais voulu parler. Le Docteur ne m'en a pas donné le temps, je le sentais d'ailleurs pressé, j'ai réglé ma visite et deux minutes après, j'étais de nouveau dans la rue plus seule et plus triste que jamais. Alors, découragée, je me suis fait avorter. » Et cette enfant désespérée concluait qu'un conseil, l'indication d'une Maternité, secrète, auraient suffi pour l'empêcher de devenir une criminelle.

Le médecin s'en est montré peiné, nous dit le Colonel, et il nous met en garde contre cette éventualité qu'il pense assez fréquente. L'expérience des enquêtes de ce genre qu'il possède nous est un garant précieux.

Ce médecin, avait un rôle social devant lequel il s'est peut-être dérobé, ou plus simplement qu'il ne soupçonnait pas.

Que dire maintenant de la question si débattue mais non encore résolue des rapports du médecin et de la

police, du médecin vis-à-vis de l'avorteur ou de l'avorteuse ?

Rappelons la législation en matière d'avortement.

Le décret loi du 29 Septembre 1939, dit « Code de la Famille » s'exprime ainsi en son article 82, qui modifie l'article 317 du Code Pénal : « Quiconque par
« aliment, breuvage, médicament, manœuvre violente
« ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de
« procurer l'avortement d'une femme enceinte ou sup-
« posée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera
« puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et
« d'une amende de cinq cents francs à six mille francs.
« L'emprisonnement sera de 5 à 10 ans, et l'amende de
« 5.000 à 20.000 francs s'il est établi que le coupable
« s'est livré habituellement aux actes visés au para-
« graphe précédent.

« Sera punie d'un emprisonnement de six mois à
« deux ans et d'une amende de 100 francs à 2.000 francs
« la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-
« même ou tenté de se le procurer ou qui aura consenti
« à faire usage des moyens à elle indiqués, ou adminis-
« trés à cet effet.

« Les médecins, officiers de santé, sage-femmes, chi-
« rurgiens dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants
« ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes,
« marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers,
« infirmières, masseurs, masseuses, qui auront indiqué,
« favorisé, ou pratiqué les moyens de procurer l'avor-
« tement, seront condamnés aux peines prévues aux
« paragraphes Premier et Second du présent article. La
« suspension pendant cinq ans au moins, ou l'incapa-
« cité absolue de l'exercice de leur profession seront en
« outre prononcées contre les coupables ».

Le décret du 29 juillet 1939 lève par ailleurs le secret professionnel d'une manière facultative en matière d'avortement. On sait la répugnance justifiée avec laquelle médecins accueillent toute atteinte au secret professionnel. Nous supportons mal nous aussi,

cette idée, même dans un intérêt supérieur, car la fin ne justifie pas les moyens.

Il semble cependant que la gravité de celle-ci serait bien moindre si l'excuse absolutoire était acquise à l'avortement ce qui existe déjà dans le Code Pénal en matière de fausse monnaie ou d'attentat contre la sécurité de l'Etat.

Ce n'est pas le rôle de préparer une législation nouvelle que nous avons voulu nous fixer : tout au plus, pouvons-nous définir quelle peut être l'action du médecin, grâce aux armes qu'il possède déjà. Elles peuvent être très efficaces nous semble-t-il en ce qui concerne les avortements criminels pratiqués par un médecin. Il devrait être directement soumis à la juridiction professionnelle (Conseil Régional du Conseil de l'Ordre) et ce, sans attendre les poursuites pénales. C'est là une réaction d'auto défense à l'intérieur de la profession ; le médecin praticien qui a connaissance de tels agissements, le médecin inspecteur de la santé qui a le droit de pénétrer à toute heure du jour et de la nuit dans tout établissement médical recevant habituellement des femmes enceintes, le médecin des assurances sociales (1) (à l'heure actuelle « Sécurité Sociale ») qui voit un très grand nombre de malades ou a leurs fiches en mains, devraient sans hésiter porter témoignage devant la juridiction professionnelle. Celle-ci pourrait faire une enquête avec plus de souplesse que ne le peut l'appareil judiciaire habituel, enquête tenue secrète évidemment « de façon que tout médecin accusé à tort subisse au minimum le contre-coup défavorable, inhérent à toute accusation, même injustifiée ».

On sait qu'elle possède des sanctions efficaces qui vont depuis le simple blâme jusqu'à l'interdiction définitive d'exercice de la profession.

Nous avons retrouvé ces idées dans un article de

(1). La brochure de « statistiques médicales » de la Caisse inter-départementale d'Assurances Sociales de la Seine et Seine-et-Oise, montre que l'avortement vient au quatrième rang parmi les maladies des assurés sociaux.

Paul Milliez, écrit en 1944 mais paru seulement dans la « Semaine des Hôpitaux de Paris » du 7 janvier 1947, numéro consacré à l'avortement.

On se rappelle peut être, en 1942, la démission du Conseil de l'Ordre de la Loire-Inférieure : celui-ci avait pris une sanction d'interdiction d'exercice de la médecine contre un médecin inculpé dans une affaire d'avortement, et acquitté par le Tribunal Correctionnel pour une simple question de procédure : la prescription criminelle; à la suite de l'appel au Conseil Supérieur, l'acquiescement fut aussi prononcé par celui-ci, jugeant ainsi en justice mais non en équité.

Le plus souvent, les Conseils de l'Ordre ont fermé les yeux dans des affaires analogues, alors qu'ils avaient là un rôle essentiel à jouer pour le relèvement de notre natalité. Dans ces affaires, il n'y aurait évidemment aucune communication du dossier à la juridiction pénale; mais celle-ci pourrait ouvrir une enquête en apprenant la décision de la juridiction professionnelle.

La loi du 2 Décembre 1902 rend obligatoire la déclaration de certaines maladies. Il pourrait en être de même pour les fausses-couches connues des médecins. Leur fréquence dans tel secteur alerterait le médecin inspecteur d'hygiène qui prendrait les mesures de surveillance nécessaires.

Parmi les avorteurs, nombreuses sont les sages-femmes ce qui leur a valu le nom de « faiseuses d'anges ». « De 1846 à 1850, sur 75 accusés jugés, il y avait 37 sage-femmes, 9 médecins, 1 pharmacien, 2 charlatans, 2 matrones » (1).

Il ne convient pas toutefois de les accuser sans discussion. Engagées dans une profession libérale peu lucrative et pénible, sans formation morale, elles peuvent être plus que d'autres tentées, et risquent pour beaucoup de succomber.

Là aussi, l'action du médecin est efficace. Celui-ci devrait en effet, travailler de plus en plus avec elles et

Dr Roy, *op. cit.*, p. 104.

non contre elles. A chacun son métier; nous ne pouvons trouver normal pour un médecin la pratique habituelle des accouchements eutociques. Si l'intervention de celui-ci nous semble absolument indispensable pour l'examen médical d'une femme enceinte, il paraît qu'il devrait toujours demander la présence de la sage-femme au moment de l'accouchement.

C'est elle aussi qui d'une manière habituelle devra donner les soins à l'accouchée et au nouveau né. Une collaboration étroite sera en effet bien meilleure pour le malade que la dispute fréquente. Cela permettrait l'installation de sage-femmes dans certaines campagnes où le médecin surmené s'entête cependant à faire des accouchements. Il est aidé la plupart du temps par les voisines ou amies à qui certes la bonne volonté ne manque pas mais qui n'ont par contre qu'une idée vraiment trop sommaire de ce qu'est l'asepsie.

Il nous semble également et toujours pour faciliter, ou simplement rendre possible l'installation de sage-femmes, que souvent au moins la préparation des consultations de nourrissons et de femmes enceintes, que les lois sociales créent un peu partout, pourraient leur être confiées. Elles seraient beaucoup plus dans leur rôle que l'assistante sociale devenue si à la mode de nos jours.

Dans cette lutte contre l'avortement, il est de notre devoir de mettre en œuvre tous les moyens que nous résumerons, comme le Docteur Roy, par ces trois mots : « Eduquer, protéger, réprimer ».

CHAPITRE III

LE MEDECIN ET LES PRATIQUES ANTICONCEPTIONNELLES

Les pratiques anti-conceptionnelles sont peu ou pas étudiées dans la littérature médicale française, et nous n'avons guère trouvé qu'un travail vraiment important, qui est la thèse de Robert Henri Barbe, intitulée « *Les Conséquences pathologiques des pratiques anti-conceptionnelles chez la femme* ». C'est à cet ouvrage que nous emprunterons la plupart de notre documentation.

Et cependant, malgré cette carence de la presse médicale, en 1910, le Dr Anton Nyström, de Stockholm, affirmait : « la France a depuis longtemps attiré l'attention sur elle par son peu de fécondité, fait dans lequel beaucoup d'hommes d'Etat et économistes ont voulu voir le signal de l'affaiblissement physique et mental du peuple français. La chose n'est cependant pas aussi grave qu'elle le paraît; elle est plus simple : dans aucun autre pays on n'emploie les moyens préventifs aussi largement qu'en France. Les Français sont un peuple pratique et économique; ils veulent vivre dans de bonnes conditions économiques et ne pas avoir plus d'enfants qu'ils n'en peuvent entretenir, élever et assister » (1).

Nous entendons par pratique anti-conceptionnelle tout procédé ou méthode destiné à priver le rapprochement sexuel de sa conséquence normale : la conception, alors que celle-ci était physiologiquement possible. Cette

(1) Nyström. *La vie sexuelle et ses lois*, p. 238.

définition élimine des pratiques anti-conceptionnelles les rapports sexuels au moment des périodes de stérilité cyclique (méthode Ogino-Knauss) ou définitive (ménopause spontanée ou provoquée).

Elle élimine également tout rapprochement parasexuel (coït anal ou autre).

L'historique des méthodes anti-conceptionnelles serait long. Nous l'avons évoqué précédemment et n'y reviendrons pas. Celles-ci ne sont à l'heure actuelle vraiment codifiées que dans les pays anglo-saxons sous le terme de « Birth Control ». En Angleterre, aux U. S. A. il existe des « birth control clinics » qui fonctionnent avec des règlements un peu différents. L'U.R.S.S. est le seul pays où, à notre connaissance, il y ait des organismes officiels chargés de diffuser les méthodes anti-conceptionnelles.

En France, la diffusion de ces méthodes est interdite (loi du 30 juillet 1920 et Code de la Famille).

Les pratiques anti-conceptionnelles sont nombreuses et variées, depuis le coït interrompu jusqu'aux divers pessaires intra-utérins, véritables abortifs.

Le but même de notre thèse ne nous permet pas de les décrire toutes avec leurs conséquences pathologiques diverses. La raison de fréquence en France nous retiendra seule. Le public médical français est d'ailleurs unanime à condamner toute pratique intra-utérine (pessaire intra-utérin ou capuchons cervicaux divers à clapet mobile très en honneur dans les pays anglo-saxons). Reste le coït interrompu ou le coït réservé, l'injection vaginale, le condon, les tampons ou l'éponge imbibés de spermicides divers.

LE COÏT INTERROMPU.

Il consiste, pour le mâle à se surveiller et après introduction complète de l'organe, le retirer peu avant l'orgasme, de manière à éjaculer à l'extérieur du vagin. Simple variante, le coït réservé où le mâle doit acquérir un contrôle suffisant, ce qui n'est possible que dans des cas assez rares, pour maintenir le pénis en contact plus

longtemps mais sans éjaculer, le manière à permettre à la partenaire d'atteindre son orgasme.

Quant au coït saxon, nous croyons qu'il peut être rangé en France parmi les curiosités. C'est la femme qui, au moment précis de l'éjaculation presse fortement la racine de l'urèthre pénien, de manière à faire refluer le spermé dans la vessie.

L'efficacité de la méthode du coït interrompu, quoi qu'elle puisse être théoriquement discutée, est certaine, puisqu'elle constitue à peu près la seule pratique de limitation des naissances employée dans les milieux ruraux. Il est sûr qu'il peut y avoir des ratés : le coït vulvaire lui-même est suivi parfois de fécondation. Du point de vue individuel elle n'est pas absolument sûre, si du point de vue social elle entraîne, à cause de sa fréquence, de graves conséquences. Quels sont, maintenant les reproches que nous pouvons lui faire?

Nous entrons là dans un chapitre difficile car il s'agit beaucoup plus encore d'impressions cliniques que d'observations.

Il pourra paraître osé de ces simples impressions, de déduire des hypothèses pathogéniques. C'est ce que fait cependant Barbe dans sa thèse dont nous ne pouvons que résumer les assertions en faisant nôtres les conclusions sur lesquelles il nous paraît intéressant de revenir à nouveau.

Il n'existe pas encore, à notre connaissance, d'étude détaillée des conséquences pathologiques du coït interrompu; ce que nous savons par contre parfaitement c'est l'influence de l'établissement des relations sexuelles sur le développement de la femme, retentissement sur le développement morphologique de l'appareil génital et son fonctionnement, retentissement sur l'organisme en général et le psychisme.

On connaît également l'influence des relations sexuelles sur les manifestations de la série neuro-arthritique; Maranon affirme « que chez les femmes qui ont « une vie sexuelle nulle le remède héroïque des enges-lures c'est le mariage ou l'hypothérapie hétéro-

« sexuelle » (1). Il s'agit là de manifestations bien connues.

Comment peuvent-elles s'expliquer? Il y a plusieurs théories : cela peut résulter de l'accroissement de l'activité ovarienne sous la dépense d'une irrigation plus active. En effet, avec la phase de « tumescence », selon l'expression de Havelock Ellis, des organes génitaux externes coïncide une phase de tumescence des organes génitaux profonds.

La répétition de celles-ci aurait sur l'ovaire une influence suffisante pour entraîner dans tout l'organisme des modifications, même d'ordre psychique, par un mécanisme de synergie hormonale. Fait très anciennement connu puisque les Romains avaient coutume de vérifier la sagesse des vestales en mesurant les modifications de la circonférence de leur cou (gonflement de la thyroïde). Havelock Ellis affirme d'ailleurs que ce rite se pratique encore dans certaines régions du midi de la France. Nous n'en avons pas trouvé trace.

Deuxième hypothèse basée sur des modifications d'ordre sympathique et para-sympathique. On sait, au cours de la première phase du coït la prédominance du sympathique (transpiration, salivation, tremblements, tachycardie, hypertension, etc...) tandis que se manifeste ensuite une phase vago-tonique avec chute du tonus vasculaire, et propension au sommeil. C'est cet ébranlement, ce trouble du système de régulation de la vie végétative qui entraîneraient essentiellement les modifications notées précédemment.

Troisième hypothèse enfin qui fait appel à la théorie de la résorption spermatique. Celle-ci se base sur plusieurs faits, en particulier sur celui de l'imprégnation de la mère, mais aussi l'action des hormones androgènes dans certaines troubles de la vie génitale féminine.

Les éléments nous manquent pour décider de la valeur absolue de ces hypothèses. Pourquoi d'ailleurs

(1) Cité par Barbe dans *Conséquences pathologiques des pratiques anticonceptionnelles chez la femme*, p. 93.

ne pas être éclectique, et reconnaître la part que chacune dans sa sphère apporte de lumière dans l'explication des faits? On connaît les dépendances étroites du système sympathique et des glandes endocrines. (L'adénaline, par exemple, vecteur des impulsions sympathiques et aussi des sécrétions des capsules surrénales). Le sperme résorbé peut lui aussi avoir son influence dans ce « concert harmonieux ».

Quoi qu'il en soit, dans le coït interrompu il y a des modifications capitales du mécanisme biologique.

Binet signale que « Rien ne favorise autant dans le domaine de l'érotisme féminin, la congestion génitale que le coït interrompu si répandu de nos jours » (1).

Cette congestion entraînera obligatoirement des modifications dans la sécrétion interne de l'ovaire, des modifications dans le système nerveux végétatif puisque jamais à la phase sympathico-tonique ne succèdera la para-sympathico-tonique de satisfaction.

Il n'y aura évidemment pas non plus de résorption spermatique. Pourquoi ne pas admettre que cette congestion permanente de la sphère utérine n'entraîne, elle aussi des troubles, voire même des métropathies peu ou mal définies?

Etant donné la fréquence de ces pratiques, on trouverait peut être dans le coït interrompu l'explication de nombreuses dysménorrhées dont l'origine est mal connue peut être même d'hyper-ménorrhées, car « Les fiançailles, la nuptialité, moments où le psychisme subit une exaltation sexuelle soutenue, se signalent fréquemment par des apparitions intempestives et surabondantes des règles » (2).

On pourrait également chercher dans un mécanisme plus psychique, dans ce sentiment d'insatisfaction de la nature, d'insatisfaction de la maternité, l'explication de certaines instabilités nerveuses. C'est un reproche qui entache la vie moderne, du point de vue nerveux fémi-

(1) *Op. cit.*, p. 161.

(2) Binet, *op. cit.*, p. 161.

nin et même masculin, que cette excitation fréquente qu'elle crée en même temps qu'elle retire leur sens à la fonction physiologique de base qu'est le rapprochement sexuel, chargé de la prolongation de la race.

Nous voyons là un signe de décadence analogue à l'antique pratique des Romains qui passaient au vomitorium pour pouvoir diner à nouveau. Il y a une viciation aussi manifeste. L'acte sexuel dépouillé de sa signification profonde, la possibilité de reproduction se rapproche étrangement de toutes les pratiques homosexuelles ou de toutes les manifestations d'auto-érotisme que l'opinion habituelle flétrit, et que personne n'ose, sauf exception, prôner publiquement.

En définitive, il n'existe pas de preuve absolument irréfutable de la nocivité du coït interrompu, mais une nouvelle orientation des observations de pratique médicale permettrait certainement de mettre en évidence sa gravité comme le montrent déjà plusieurs observations citées par Barbe.

De plus, en attendant celles-ci, nous avons de bonnes raisons de le proscrire étant donné le point de départ qu'il est fréquemment de viciations sexuelles diverses. Il constitue un danger pour l'équilibre psychique féminin; et au point de vue social il convient d'être retenu comme une cause importante de la dénatalité.

LE CONDOM.

Le terrain déjà déblayé par notre première étude du coït interrompu, nous pourrions ici être plus bref et ferons au maximum attention d'éviter les redites qui n'apporteraient pas d'éléments nouveaux.

Le condom est d'un emploi assez fréquent. A l'origine, il était employé comme préservatif anti-vénérien. On connaît dans les water-closets, et toilettes en Allemagne, les distributeurs automatiques de « gummischutz », appelés ailleurs « french gummi », et en France capote anglaise, sans doute par échange de bon procédé.

Son efficacité est assez grande. Certaines enquêtes la réduisent cependant à 46 % d'après Norman Haire :

Les ratées sont dûes à la rupture du caoutchouc ou à son déplacement possible surtout s'il s'agit de modèles réduits ne couvrant que le gland. Des confidences de plusieurs usagers nous ont confirmé ce que le procédé a de désagréable pour le mâle qui n'arrive pas ainsi au même degré de volupté. Il aura pour avantage de permettre à la femme d'atteindre son orgasme, et grâce au condom, pour elle le rapprochement sexuel ne sera pas modifié. Il n'y aura donc pas les mêmes dangers de troubles par viciation du mécanisme de circulation sanguine ou sympathique; seules persisteront sans doute ceux provenant du manque de résorption spermatique. Il nous paraît d'ailleurs intéressant de signaler que pour certaines femmes la sensation qu'elles perçoivent de la douche spermatique est nécessaire à leur satisfaction.

Nous savons par ailleurs que le milieu vaginal est normalement acide. Les sécrétions sont accrues au moment du rapprochement sexuel. Le sperme basique est, d'après Sédillot, nécessaire à leur neutralisation. Si celui-ci est absent, il y a augmentation de l'acidité qui peut entraîner une inflammation aiguë de la muqueuse vaginale.

Comme on le voit, nous aurions pu encore faire intervenir ce mécanisme dans celui des troubles qu'entraîne le coït interrompu, et à ce propos, comme nous devons le faire ici, signaler qu'une des conséquences les plus fréquentes de cette irrigation vaginale est le vaginisme entraînant l'impossibilité de tout rapprochement sexuel.

Important est également la nature du préservatif dont le caoutchouc est souvent par lui-même un facteur d'irritation notable. Rossi prétend que « l'usage du « condom que l'on pourrait croire sans danger pour la « femme a pour conséquence de traumatiser la mu-
« queuse vaginale du col de la matrice; de là, solution
« de continuité et ulcération qui peuvent s'étendre à la
« cavité de la matrice ». Nous n'ajouterons rien à un avis aussi autorisé, et pensons que ce que nous avons déjà dit condamne suffisamment pour un médecin digne de ce nom la pratique du coïtus condomatus.

INJECTIONS VAGINALES SPERMICIDES, ET MOYENS DIVERS.

L'eau froide constitue un excellent spermicide. On en conçoit d'emblée l'inconvénient car elle est appliquée sur des organes en état d'hyper-hémie et ce d'une manière fréquente. Il y a là une cause manifeste d'endométrite et de salpingite catharale, et nous rapporterons à ce propos l'opinion de Menge : « La mauvaise habitude, très répandue, de faire régulièrement tous les jours une ou plusieurs injections vaginales après la menstruation ou après les rapports conjugaux, ou même sans raison, loin de favoriser la santé, est même contraire à l'hygiène bien comprise de la femme ».

Nous n'aurons pas plus de peine à condamner tous les spermicides, aux moyens chimiques, car « il est difficile de trouver une substance spermicide qui n'ait par un effet délétère sur les cellules de l'organisme » (1) comme le reconnaît Norman Haire, l'un des principaux leaders du birth control en Angleterre. En définitive l'efficacité de tels moyens sera en raison directe de leur nocivité.

Les éponges ou diaphragmes intra-vaginaux à demeure ou placés seulement au moment de l'acte sexuel, joignent à leur inefficacité d'autant plus grande qu'ils sont moins encombrants, les inconvénients du condom aggravés par leur durée d'application elle-même.

Du point de vue strictement médical nous pouvons donc conclure au danger plus ou moins grand mais réel des pratiques anti-conceptionnelles. Beaucoup vont cependant les prôner et prétendre qu'elles sont préférables à l'avortement. D'ailleurs il est impossible de les supprimer. Pourquoi ne pas faire de leur propagande un moyen efficace de lutte contre l'avortement? Nous nous élevons de la manière la plus nette contre cette idée. Il n'est pas prouvé que l'universalisation des pra-

(1) Cité par Barbe, *op. cit.*, p. 58.

tiques anti-conceptionnelles doit diminuer le nombre des avortements : bien au contraire, nous avons remarqué que parmi les avortées, bon nombre avaient déjà tenté ces pratiques; seul leur échec, assez fréquent comme nous l'avons signalé, les a conduites à se servir de l'avortement comme dernier palliatif. De plus, il convient de signaler, d'un point de vue démographique infiniment plus grave, que bien souvent la stérilité est la conséquence des pratiques anti-conceptionnelles. Toutes ces métropathies que nous évoquions en traitant des conséquences du coït interrompu, ces « fausses métriques », comme les appelle Doléris, conduisent en fin de compte à une « stérilité forcée et incurable ». Nous sommes obligés de reconnaître que nous sommes là, plus que jamais sur un terrain qui n'est pas encore étayé par des faits précis mais qui, nous semble-t-il, si l'opinion médicale était alertée suffisamment dans ce sens, pourrait l'être bientôt.

Combien connaissons-nous de couples qui, jeunes, ont refusé l'enfant et ont, pour cela, employé des méthodes diverses. Ils avaient peut-être de bonnes raisons, mais plus tard, quand ils l'ont voulu, il ne fut plus temps « car l'organisme intoxiqué ou frustré a dévié son potentiel » comme le dit Dolché dans son « Traité des maladies de l'ovulation ».

Pourquoi le fonctionnement de l'appareil génital sans aboutir à la reproduction n'aboutirait-il pas à la création d'une insuffisance de la fonction reproductrice de cet appareil, de même qu'une mauvaise hygiène et un manque de dynamisme respiratoire conduisent au manque d'expansion des sommets ?

Nous avons suffisamment donné des raisons de l'attitude hostile que doit avoir le médecin vis-à-vis des pratiques anti-conceptionnelles : il ne devra en aucun cas en conseiller l'emploi étant donné leur danger pour la santé.

Je sais bien tout ce qu'il y a de délicat, de dangereux même à s'immiscer dans la vie sexuelle intime d'un

patient; ceci ne devra toujours être fait qu'à bon escient et avec circonception.

Aussi bien s'agit-il là d'un chapitre peut-être historique, mais nous ne pouvons le passer sous silence. C'est d'une nouvelle méthode anticonceptionnelle qui semble de par sa simplicité devoir supplanter les autres que nous devons maintenant parler.

CHAPITRE IV

LE MEDECIN ET LA STÉRILITÉ

« Un appareil psycho-génital qui dans son fonctionnement n'aboutit pas à la reproduction est comparable à un appareil digestif qui ne digère pas ou à un appareil respiratoire qui ne respire pas. » C'est ainsi que s'exprimait Grasset évoquant diverses méthodes ou pratiques anti-conceptionnelles. S'il en est une à laquelle puisse s'appliquer cette assertion, n'est-ce pas d'abord la méthode anti-conceptionnelle qui utilise les lois d'Ogino et Knauss.

On sait quelles sont celles-ci. En bref « la femme étant susceptible d'être fécondée un peu avant et un peu après l'ovulation on peut conclure qu'une femme ayant des règles régulières toutes les quatre semaines pourra seulement concevoir du 11^e au 17^e jour du cycle menstruel, et que pendant les 10 premiers jours, et après le 17^e jour elle sera en état de stérilité physiologique » (1).

En cas de cycle irrégulier dont on sait la fréquence, l'ovulation étant fixe par rapport aux règles à venir (loi de Fränkel) c'est par rapport à celles-ci qu'il faut compter les jours, ce qui sera évidemment impossible si au sein de cette irrégularité on ne peut mettre en évidence une ébauche de périodicité constante.

À l'appui de leurs affirmations, Ogino et Knauss apportent des statistiques, des observations. Ogino avait entrepris des recherches à la suite d'une demande de

(1) Vignes et Robey, *Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme*, p. 41.

la mission de surpopulation du Japon, dont il était membre.

Avant eux, on retrouve à plusieurs reprises des recherches sur les périodes de stérilité et de fécondabilité. La Bible, le Talmud, le « Manava dharma sastra » de la tradition brahmanique, font mention de connaissances sur les périodes de fécondabilité. Hippocrate, Aristote, enseignent que la période de fécondabilité vient immédiatement après les règles. Beaucoup plus près de nous, en 1881 Capellmann crée une méthode de continence périodique : les plus grandes chances de fécondation se placent après les règles, elles diminuent ensuite pour s'annuler et reparaitre un peu avant les suivantes. Son livre « Médecine Pastorale » a eu 19 éditions de 1893 à 1923, ce qui nous paraît suffisamment démontrer la vogue qu'a connue cette méthode.

Les théories d'Ogino et Knauss se présentent, elles, comme des lois vraiment scientifiques surtout dans la vulgarisation très importante qui en a été faite. Ces théories s'appuient sur des faits réels : survie minime en général des spermatozoïdes et de l'ovule. Quoique personne n'ait pu s'entendre sur des chiffres précis, la vie ne s'accommode pas de règles mathématiques — phénomènes de « crise inter-menstruelle » de Vignes ou « Mittel-Schmerz » des gynécologues allemands qui, prétend Haveloc Ellis, sont très fréquemment retrouvés si la femme réussit à s'observer d'une façon attentive.

Nous ne pouvons, dans un court chapitre, faire le tour de la question : mentionnons cependant les critiques très nombreuses qu'a encourues la méthode : observations de femmes qui ont été fécondées pendant la période de stérilité physiologique (la ponte ovulaire peut être multiple dans 15 % des cas, Brandwein).

Contentons-nous de citer, parmi les détracteurs de la méthode : Van de Velde, Grosser, Bolaffio, Schultze, Hermstein, Devraigne et Seguy qui font intervenir en plus des conditions évoquées par Ogino et Knauss la nécessité de la présence des glaires translucides qui peut ne pas coïncider avec la ponte ovulaire.

D'une statistique de la maternité de Nancy, Hitzig tire les conclusions suivantes :

Sur 51 observations :
contre l'hypothèse d'Ogino et Knauss : 23,
en faveur de l'hypothèse : 18,
douteux : 10, dont 3 plutôt pour et 7 plutôt contre.

Michel Guérin fait état des résultats obtenus par lui dans un tableau des coïts fécondants d'accouchées de la maternité de Toulouse : Résultats certains : pour l'hypothèse 60; contre 70. Résultats douteux, plutôt pour l'hypothèse 15, plutôt contre l'hypothèse 25.

Que conclure de ces avis divergeants de personnalités autorisées ? Il semble que l'on pourrait parler seulement de périodes de fécondité optimum, mais non de périodes de stérilité.

Il nous reste maintenant à envisager le problème du point de vue moral et social.

Si la méthode Ogino et Knauss était absolument scientifique et vérifiée, nous aurions entre les mains un moyen de contrôle parfait. On sait que l'Eglise catholique en a admis le licéité.

Nous ne croyons pas qu'elle soit efficace en tant que période de « sécurité », nous croyons au contraire que sa pratique entraîne bien des naissances inattendues, peut être l'augmentation du chiffre des naissances lui est-il dû, pour vouloir soutenir un paradoxe.

Quoi qu'il en soit de son efficacité réelle, la propagande dont on l'a entourée est néfaste. Sa pratique, en effet accoutume peu à peu à l'emploi d'une méthode anti-conceptionnelle élégante peut être mais réelle; il s'agit d'un condon moral certes, mais qui existe cependant. Il y a là une porte ouverte à tous les abus, à l'avortement si l'enfant redouté arrive contre toute attente.

Beaucoup de jeunes filles n'hésiteront plus à se laisser entraîner avec un partenaire de rencontre puisqu'elles ne risquent pas la maternité, que d'autre part des méthodes sûres, leur dit-on, les préserveront ou en tous cas les guériront si elles contractent une affection vénérienne quelle qu'elle soit.

Beaucoup se sont plu à dénoncer le mal qu'entraîne cette espèce de voile jeté sur les choses du sexe et de l'amour. Il convient cependant de ne le lever qu'avec discernement et non plus au hasard comme cela a été fait.

Les conférences faites sur la prophylaxie des maladies vénériennes, par exemple ont bien souvent pour résultat premier de favoriser la débauche en criant bien haut les moyens d'en éviter les conséquences : il n'y a pas là un procédé de lutte efficace, mais plutôt un danger.

En résumé nous ne trouvons pas dans la méthode Ogino le palliatif à toutes les situations difficiles, la panacée universelle qui rendrait l'homme égal du Créateur dans son œuvre de vie; nous en restons toujours dépendants. Nous ne pouvons d'autre part la conseiller comme moyen sûr d'éviter une naissance.

Certains reprendront l'accusation d'Ellis Havelock affirmant que « la religion toute entière n'est qu'une « répression des impulsions naturelles et un effort à les « détourner suivant les voies nouvelles ». Il ne nous appartient pas de leur répondre en détail. Qu'il nous suffise de renvoyer à l'Evangile tous ceux qui, au fond d'eux-mêmes croient encore à sa véracité, et de rappeler les déclarations du Saint Concile de Trente : « Personne « ne doit prononcer ces paroles téméraires interdites « sous peine d'anathème par les Pères de l'Eglise, qu'il « est impossible à l'homme justifié d'observer les pré- « ceptes de Dieu. Car Dieu ne commande pas des choses « impossibles, mais en commandant il vous avertit de « faire ce que vous pouvez, et de demander ce que vous « ne pouvez pas, et il vous aide à le pouvoir... » (1).

Il est une autre stérilité, la stérilité pathologique. Contre elle il appartiendra au plus haut point de lutter malgré son peu de fréquence. Qu'on nous permette de mentionner encore une fois tous les désordres sexuels qui sont, au premier chef parmi les causes de stérilité,

(1) Concil. Trid., Sess : vi, ch. II.

toutes les malfaçons du coït qui peuvent entraîner les troubles dont nous avons parlé précédemment, et aussi la syphilis, et l'avortement qui souvent rendra impossible une grossesse ultérieure.

Nous avons déjà parlé de notre action dans cette lutte contre les causes profondes. Elle se révèlera nous en sommes sûrs efficace à la condition toutefois que chacun l'entreprenne résolument dans sa sphère. En attendant que la lutte contre ces causes ait donné des résultats il faut lutter contre les stérilités déjà existantes par elles et contre les stérilités qui ont d'autres raisons. On sait l'existence de consultations de stérilité (Paris, Bordeaux, en particulier). Il doit en être créé dans toutes les villes de l'aculté.

Rappelons les temps successifs de l'examen qui sont ici particulièrement importants.

Interrogatoire qui précisera bien les caractères des rapports sexuels, en s'assurant qu'ils sont absolument normaux, et qui insiste en particulier sur les antécédents génitaux : fausses couches antérieures avec ou sans curetage, manœuvre intra-utérines diverses.

En ce qui concerne la femme, examen général complet, examen génital s'assurant de la bonne place des organes et de leur fonctionnement. Recherche de « la « glaire physiologique de Seguy, qui apparaît normalement entre le 10^e ou le 15^e jour après le début des « règles. Cette glaire doit être claire, limpide comme du « cristal de roche, filante alcaline, ayant un p. H de « 7,2 (1) ». Sa présence est indispensable à l'ascension des spermatozoïdes.

On ne s'adressera à l'hystero-salpingographie, qu'après un examen du sperme du mari, recherchant en particulier le nombre et la mobilité des spermatozoïdes.

Il ne faudra pas s'empressez d'affirmer « vous êtes stérile », une grossesse ultérieure risquant ou d'entraîner un démenti, ou surtout de provoquer les complications

(1) Lavergne, *Essai sur la stérilité conjugale*, p. 22.

conjugales que l'on devine. En ce domaine plus qu'en tout autre il conviendra de faire preuve de la plus grande réserve.

Enfin, si l'interrogatoire et l'examen des plus attentifs de l'un et de l'autre conjoint ne montre aucune cause de stérilité, il conviendra de retenir peut être une de ces « incompatibilités humorales » dont parle Champi. Rien n'est encore connu dans ce domaine. Signalons les recherches des auteurs russes : Touthnoff, Kolpikow, Rosanow sur l'immunisation de l'organisme féminin par l'imprégnation spermatique. Une tentative de désensibilisation pourra être faite en imposant la continence absolue pendant un certain temps, combinée avec l'auto-hémothérapie.

Nous avons là des moyens de lutte efficace que tout médecin consulté doit être capable de mettre en branle en adressant, si nécessaire, le ménage au spécialiste compétent.

Il n'aura pas le droit de se désintéresser de la question, de se contenter d'une réponse évasive : ça s'arrangera. Pour fixer un chiffre, quoi que nous n'aimions pas cette manière de procéder, il semble que tout couple qui après 3 ans de vie conjugale normale n'a pas eu l'enfant désiré doit être examiné sérieusement. Le plus grand nombre des premières naissances survient en effet 10 ou 15 mois après le mariage.

Il nous faudrait enfin parler du rôle du médecin dans ce qu'on appelle aujourd'hui le « péril congénital » et qui le plus souvent est une conséquence des grands fléaux sociaux. Nous ne le ferons pas, car nous n'avons pas eu la prétention de faire le tour complet de la question, simplement de jeter quelques jalons en insistant sur les points les plus importants.

CONCLUSION

Il nous faut maintenant essayer de faire la synthèse, de dégager une idée générale de ces pages; il nous faut conclure. Que dire enfin qui contribue utilement à enrayer cette dénatalité mortelle, qui serve la cause de la France et de la morale nos seules préoccupations.

Nous avons, après d'autres, voulu prouver la gravité du mal. Il y a des remèdes d'ordre législatif qu'il faut employer. Joseph de Maistre a parlé du code civil « ce hache-paille des familles ». Il y a des remèdes d'ordre pénal, qu'il faut aussi mettre en jeu. Il y a surtout les remèdes qui dérivent de l'ordre moral.

Quoiqu'il en coûte à certains, il nous faut revenir aux vieilles chansons de nos Pères, qui ont fait la Terre de France.

On a voulu remplacer la mystique divine par des mystiques humaines. Il nous faut revenir à la devise de Jehanne d'Arc « Dieu premier servi » et tout le reste nous sera donné par surcroît.

On a voulu priver la France « de la grande paire d'ailes indispensables pour soulever l'homme au-dessus de lui-même, au-dessus de sa vie rampante et de ses horizons bornés. Toujours et partout, depuis dix-huit cents ans, sitôt que ces ailes défailleient ou qu'on les casse, les mœurs publiques et privées se dégradent » (1).

Voilà le vrai remède à la crise de la natalité; le seul qui se révélera vraiment efficace.

Médecin et catholique, nous avons le droit et le

(1) Taine, cité par *Documents et renseignements sur les questions actuelles*, n° 6 du 6 mars 1897, p. 176.

devoir le plus absolu de considérer la question sous cet angle, d'élever le débat.

« Des études approfondies ne suffisent pas à faire un médecin; il faut bien y ajouter des qualités indispensables. Souvenez-vous bien que c'est à tous qu'il faut aller, à tous les corps, à tous les esprits, à toutes les souffrances. L'œuvre du médecin est belle; elle peut être puissante, elle le doit... Mais pour y parvenir, elle réclame de lui un développement total, une belle âme et un grand cœur. La médecine est plus qu'une profession, elle est un sacerdoce ».

Mon père citait ces phrases dans l'introduction de sa thèse, nous avons voulu les reproduire ici, pensant que tel est le rôle du médecin, dont il nous a donné l'Exemple en quarante années de vie professionnelle. Nous n'avons que l'ambition de continuer cette œuvre.

Le 7 juin 1947.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Le Médecin et la lutte contre la « Dénatalité Mortelle »

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 7 Juin 1947.

Le Professeur,
A. AIMES.

Vu :

Montpellier, le 9 Juin 1947.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 9 Juin 1947.

Pour le Recteur :

Le vice-président du Conseil de l'Université,

G. GIRAUD.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

BIBLIOGRAPHIE

Notre bibliographie comprend deux parties :

La première donne la liste des principaux ouvrages consultés, indispensables pour avoir une idée du problème, par ordre alphabétique des auteurs. Elle n'est pas limitative, ne vise pas à épuiser la nomenclature des publications très nombreuses, parues sur le sujet.

La seconde est une sorte de revue de presse, destinée à montrer quels journaux se sont occupés de la question et dans quel esprit. Nous tenons à signaler encore que la grande presse est peu ou mal informée du problème en général.

I.

Alliance nationale contre la dépopulation (1)

- *Comment reconquérir le Français à l'idée familiale*, rédigé sous la direction du colonel Hémar.
- *Manuel démographique et familial*.
- *Memento démographique*, mars 1943.
- *Les droits des familles*, janvier 1947.
- *Vitalité*.

Editions de l'Alliance Nationale, Paris, 217, faubourg Saint-Honoré.

BARBE (Robert-Henri), *Les conséquences pathologiques des pratiques anticonceptionnelles chez la femme*. Thèse Doctorat médecine. Nice. Société générale d'Imprimerie, 1937.

BERTILLON (Dr Jacques), *La dépopulation de la France*. Bibliothèque générale des sciences sociales. Paris. Félix Alcan, 1911.

BINET (Léon), *L'amour et l'émotion chez la femme*. Paris, Vigot frères, III^e édition, 1946.

(1) Ouvrages sans nom d'auteur ou en collaboration, publiés par l'Alliance Nationale.

- *La vie sexuelle de la femme. Introduction à la gynécologie.* Paris. Expansion scientifique française, 2^e édition.
- BIOT (Dr René), *Santé humaine.* « Présences ». Librairie Plon, 1942.
- BLUM (Léon), *Du Mariage.* Paris, Albin-Michel, 1947.
- BOVERAT (Fernand), *La dénatalité mortelle. Comment nous vaincrons la crise des naissances.* Paris, éd. Alliance Nationale, 1939.
- *Comment nous vaincrons la dénatalité,* Paris, éd. Alliance Nationale, 1939.
- *L'effondrement de la dénatalité et la péréquation aux charges familiales.* Paris, éd. Alliance Nationale, 1939.
- *Le Massacre des innocents.* Paris, éd. Alliance nationale, 1944.
- *La résurrection par la natalité.* Paris, Hachette, 1941.
- CADERAS DE KERLEAU, *De la stérilité.* Montpellier Médical, 1942, n^o 5.
- CHABAUD (Robert Jean Achille), *Des principales stérilités féminines.* Diagnostic. Traitement. Thèse Doctorat Médecine. Bordeaux. Imp. Biere, 1942.
- DELTEIL, *La lutte contre l'avortement.* Ed. Alliance Nationale.
- ELLIS Havelock, *Etudes de psychologie sexuelle.* Paris. Mercure de France.
- Tome I. *La pudeur. La périodicité sexuelle. L'autoritarisme,* 1908.
- Tome XVI. *Rêves érotiques. La courbe menstruelle de l'impulsion sexuelle,* 1934.
- FAUGÈRE (Georges Fernand), *Dénatalité. Revue générale des causes et des remèdes proposés.* Thèse doctorat Médecine. Bordeaux. Imp. E. Drouillard, 1941.
- FÉDOU (Gaston), *L'avortement. De sa répression et de sa prévention dans le Code de la famille et les lois postérieures.* Thèse Doctorat Droit. Villeurbanne. Imp. Marquès, 1946.

- GUÉRIN (Michel), *Fécondité et stérilité physiologiques chez la femme. Etude critique de l'hypothèse Ogino-Knauss*. Thèse Doctorat Médecine. Paris. Amédée Legrand, 1938.
- HUBER-BUNLE-BOVERAT, *La population de la France. Son Evolution. Ses perspectives*, 2^e éd. Paris. Hachette, 1943.
- JEANNENEY et Mme Irène BERNARD, *Organisation et fonctionnement d'un service de stérilité* 1941-42. Revue française de gynécologie et obstétrique, mai 1943, p. 144-148.
- KOMISAROW (Elsa), *Avortement criminel et dénatalité*. Thèse Doctorat Médecine. Paris. Amédée Legrand, éd. 1940.
- LANDRY (Adolphe), *Traité de démographie*. Paris. Payot frères, 1945.
- LAVERGNE (née M.-Th. Junin), *Essai sur la stérilité conjugale*. Thèse Doctorat Médecine. Paris, L'émancipatrice, 3, rue de Pondichéry, 1939.
- LE LORIER, *Le problème de la dénatalité. Projet d'organisation de la lutte du corps médical contre l'avortement*. Concours médical n° 43, 26 déc. 41, p. 1868.
- MARCHAL (Dr) et O. J. DE MERO, *La liberté de la conception*. Lille. Librairie Médicis, 1935.
- MONDOR (Henri). *Les avortements mortels*. Paris, Masson, 1946.
- MONSAINGEON (Dr), *La valeur de la famille dans le problème démographique*. Rapport présenté à l'Académie de médecine, le 17 juillet 1945. Texte dactylographié obligeamment communiqué par le Service de Documentation de l'Union Nationale des Associations Familiales. Paris, place Saint-Georges.
- NOTR (J.), *La famille nombreuse envisagée au point de vue médical*. Concours médical n° 29, 20-VII-41, p. 1303.

- NYSTROM (Dr Anton), *La vie sexuelle et ses lois*. Paris, Vigot frères éd., 1910.
- PAYEN (G.), *Déontologie médicale d'après le droit naturel*, p. 301 à 332. Chang-Haï. Imprimerie de T'ou-sè-wé Zi-Ka-Wei.
- PÉRIÉ (Dr Etienne), *La diminution de la natalité en France*. Toulouse: Imp. St-Cyprien, 1909.
- PIE XI (Pape), Encyclique « Casti connubii », 31 décembre 1930. Paris, éd. Spes.
- RIAD (Dd Naguib), *Le bonheur intime. Vers la procréation consciente et la maternité joyeuse*. Genève, Ed. Mont-Blanc.
- ROY (Dr), *L'avortement, Fléau National*. Thèse Doctorat Droit. Paris, Jouve et Cie, 1943.
- SMULDERS (Dr J. N. J.), *De la continence périodique dans le mariage*. Paris. Letouzey et Ané, 1933.
- THIBON (Gustave), *Ce que Dieu a uni*. Paris. Lardanchet, 1946.
- *Retour au réel*. Paris. Lardanchet, 1946.
- VAUDESCAL (R.), *Pour une aide aux filles-mères*. Archives hospitalières, janvier 1941.
- VIGNES, *Périodes de stérilité chez la femme*. Cahiers Laënnec, 1^{re} année, n° 1, déc. 1934. Paris, 12, rue d'Assas.
- VIGNES (H.) et M. ROBEY, *Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme*. Paris, Masson, 1936.
- ZOUCHAS (Dr J.), *La lutte contre la dépopulation*. Conférence inédite du Dr Zouchas, de la Direction du Service Social de l'armée de terre, communiquée par la Maison de la famille. Paris, place Saint-Georges.

Sans nom d'auteur :

- *Le pharmacien et la famille*. Commissariat général à la famille, 1943.
- *Mariage et Natalité*. Congrès de la Natalité. Bruxelles, 1931. — Bruxelles, éd. Cité chrétienne, 1932.

- *Ministère de l'économie nationale. Institut National de la Statistique et des études économiques. Direction de la Statistique générale.* Paris, Imp. Nationale,
- *Etudes démographiques* N° 6. *Précisions conditionnelles pour la population française jusqu'en 2005.*
- *Statistique des familles en 1936.*
- *Bulletin de la statistique de la France*, juillet-Août 1946; — Septembre-Octobre-Novembre 1946; — Février 1947.
- *Sécurité sociale et démographie. Comment résoudre le plus angoissant des problèmes français : La dépopulation.* Supplément au n° 67 de l'Economie, hebdomadaire des questions économiques, sociales et financières du Monde entier. Paris, 37, rue Godot de Marcy.

Revue scientifique ou de doctrine, spécialement consacrées aux problèmes traités :

Cahiers Laënnec. Publication trimestrielle. — N° 3, 1946: *L'avortement.* — N° 3, 1938 : *Périls de la contraception.*

Bulletin d'étude et d'information de la gendarmerie n° 7, juillet 1944. Direction générale de la gendarmerie nationale.

La semaine des hôpitaux, 23^e année, n° 1, 7 janvier 1947.

Pour la vie. Etudes démographiques et familiales. Presses Universitaires de France, trimestriel, N° 1, 7 juillet 1945 et sq.

Vitalité française. Revue de l'Alliance Nationale. Bi-mensuelle. Consultée depuis le n° 370 (1946).

II.

ARIÈS (Philippe), *Etat actuel de la population française*, in Les Cahiers du travail n° 3, mai 1946.

BLOSSAC (France), *La France mourra-t-elle*, in La République Moderne n° 2, 15-12-45.

- BONVOISIN (G.), *La politique des allocations exerce-t-elle une influence sur le taux de la natalité*, in *Revue médico-sociale de protection de l'enfance*, 6^e année, n° 6, 1938.
- FINOT (Louis-Jean), *Voix de chez nous*, in *La voix de Paris*, 30-X-45.
- GÉRIN (Paul), *Un mystérieux phénomène mondial : Le relèvement de la natalité*, in *Libération*, 31-X-46.
- HABERT (O.), *Climat social et dénatalité*, in *La Croix*, 27-VI-45.
- LAPORTE (Pierre), *D'après une étude de P. Laporte sur La population Canadienne française*, parue dans le *Devoir de Montréal*, in *La Croix*, 21-XII-46.
- LEFEVRE (André), *Alerte! La France se meurt*, in *Témoignage chrétien*, 9-II-45.
- MARCHAL (Geneviève), *La reprise de la natalité sera-t-elle un phénomène durable*, in *Action*, 14-II-46.
- MASSIONI (Martial), *Péril de mort*, in *La Nation*, 27-XI-45.
- TROUBAT (E.), *Plus d'hommes que de femmes*, in *Le courrier de Paris*, 10-11-III-46.

Sans nom d'auteur :

- *Le dépeuplement de la France*, in *Le Monde*, 27-X-45.
- *La France, pays pauvre, faute d'enfants*, in *Témoignage chrétien*, 9-II-45.
- *Quelques chiffres*, in *La Croix*, 22-II-46.
- *Y a-t-il vraiment pour les jeunes filles impossibilité de se marier*, in *Cahiers d'action religieuse et sociale*, n° 5, 15-XI-46.
- *Résurrection ou Décadence*, in *Foyer rural*, n° 6, avril 1945.
- *Voir et savoir : La vie et la mort*, in *Forces françaises*, 14-XI-46.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Première partie. — Chapitre premier. — <i>Le fait</i> ..	11
Chapitre II. — <i>Les causes</i>	19
Deuxième partie. — Chapitre premier. — <i>Le Médecin et le climat</i>	27
Chapitre II. — <i>Le Médecin et l'avortement</i>	30
Chapitre III. — <i>Le Médecin et les pratiques anti-conceptionnelles</i>	42
Chapitre IV. — <i>Le Médecin et la stérilité</i>	57
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	60

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

